На правах рукописи

Холмогорова Алла Борисовна

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

19.00.04 – Медицинская психология
(психологические науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Москва – 2006

Работа выполнена в Федеральном государственном учреждении «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный консультант – доктор медицинских наук, профессор Краснов В.Н.

Официальные оппоненты – доктор психологических наук, профессор Николаева В.В.

- доктор психологических наук Дозорцева Е.Г.

- доктор медицинских наук, профессор Эйдемиллер Э.Г.

Ведущее учреждение - Санкт-Петербургский научно- исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

Защита состоится 27 декабря 2006 года в … часов на заседании Диссертационного ученого совета Д 208.044.01 при Московском научно-исследовательском институте психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию по адресу: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д.3

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Московского научно-исследовательского института психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Автореферат разослан «   »______________ 2006 г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета
кандидат медицинских наук Довженко Т.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Актуальность темы связана со значительным ростом в общей популяции числа расстройств аффективного спектра, среди которых депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства являются наиболее эпидемиологически значимыми. По уровню распространенности они являются безусловными лидерами среди других психических расстройств. По различным данным ими страдают до 30% обращающихся в поликлиники и от 10 до 20% людей в общей популяции (Ж.М.Шиньон, 1991, W.Rief, W.Hiller, 1998; P.S.Kessler, 1994; B.T.Ustun, N.Sartorius, 1995; H.W.Wittchen, 2005; А.Б. Смулевич, 2003). Экономическое бремя, связанное с их лечением и потерей трудоспособности, составляет значительную часть бюджета в системе здравоохранения разных стран (Р.Карсон, Дж.Батчер, С.Минека, 2000; Е.Б.Любов, Г.Б.Саркисян, 2006; H.W.Wittchen, 2005). Депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства являются важными факторами риска по возникновению разных форм химической зависимости (H.W.Wittchen, 1988; А.Г.Гофман, 2003) и, в значительной степени, осложняют течение сопутствующих соматических заболеваний (О.П.Вертоградова, 1988; Ю.А.Васюк, Т.В.Довженко, Е.Н.Ющук, Е.Л.Школьник, 2004; В.Н.Краснов, 2000; Е.Т.Соколова, В.В.Николаева, 1995)

Наконец, депрессивные и тревожные расстройства являются основным фактором риска суицидов, по числу которых наша страна занимает одно из первых мест (В.В.Войцех, 2006; Старшенбаум, 2005). На фоне социально-экономической нестабильности последних десятилетий в России имеет место значительный рост числа аффективных расстройств и суицидов у молодежи, пожилых людей, трудоспособных лиц мужского пола (В.В.Войцех, 2006; Ю.И.Полищук, 2006). Отмечается также рост субклинических эмоциональных нарушений, которые включаются в границы расстройств аффективного спектра (H.S.Akiskal et al., 1980, 1983; J.Angst et al, 1988, 1997) и оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни и социальную адаптацию.

До сих пор остаются дискуссионными критерии выделения различных вариантов расстройств аффективного спектра, границы между ними, факторы их возникновения и хронификации, мишени и методы помощи (G.Winokur, 1973; W.Rief, W.Hiller, 1998; А.Е.Бобров, 1990; О.П.Вертоградова, 1980, 1985; Н.А.Корнетов, 2000; В.Н.Краснов, 2003; С.Н.Мосолов, 2002; Г.П.Пантелеева, 1998; А.Б.Смулевич, 2003). Большинство исследователей указывает на важность комплексного подхода и эффективность комбинации медикаментозной терапии и психотерапии при лечении этих расстройств (О.П.Вертоградова, 1985; А.Е.Бобров, 1998; А.Ш.Тхостов, 1997; M.Perrez, U.Baumann, 2005; W.Senf, M.Broda, 1996 и др.). При этом в разных направлениях психотерапии и клинической психологии анализируются различные факторы упомянутых расстройств и выделяются специфические мишени и задачи психотерапевтической работы (Б.Д.Карвасарский, 2000; М.Перре, У.Бауман, 2002; Ф.Е.Василюк, 2003 и др.).

В рамках теории привязанности, системно ориентированной семейной и динамической психотерапии указывается на нарушение семейных взаимоотношений в качестве важного фактора возникновения и течения расстройств аффективного спектра (S.Arietti, J.Bemporad, 1983; D.Bowlby, 1980, 1980; М.Боуэн, 2005; Э.Г.Эйдемиллер, Юстицкис, 2000; Е.Т.Соколова, 2002 и др.). Когнитивно-бихевиоральный подход акцентирует дефицит навыков, нарушения процессов переработки информации и дисфункциональные личностные установки (A.T.Beck, 1976; Н.Г.Гаранян, 1996; А.Б.Холмогорова, 2001). В рамках социального психоанализа и динамически ориентированной интерперсональной психотерапии подчеркивается важность нарушения межличностных контактов (К.Хорни, 1993; G.Klerman et al., 1997). Представители экзистенциально-гуманистической традиции на первый план выдвигают нарушение контакта со своим внутренним эмоциональным опытом, трудности его осознания и выражения (К.Роджерс, 1997).

Все упомянутые факторы возникновения и вытекающие из них мишени психотерапии расстройств аффективного спектра не исключают, а взаимно дополняют друг друга, что обусловливает необходимость интеграции различных подходов при решении практических задач оказания психологической помощи. Хотя задача интеграции все больше выдвигается на первый план в современной психотерапии, ее решение затрудняется значительными различиями теоретических подходов (M.Perrez, U.Baumann, 2005; B.A.Alford, A.T.Beck, 1997; K.Crave, 1998; A.J.Rush, M.Thase, 2001; W.Senf, M.Broda, 1996; А.Лазарус, 2001; Е.Т.Соколова, 2002), что делает актуальной разработку теоретических оснований синтеза накопленных знаний. Следует также указать на дефицит комплексных объективных эмпирических исследований, подтверждающих важность различных факторов и вытекающих из них мишеней помощи (S.J.Blatt, 1995; K.S.Kendler, R.S.Kessler, 1995; R.Kellner, 1990; T.S.Brugha, 1995 и др.). Поиск путей преодоления этих препятствий является важной самостоятельной научной задачей, решение которой предполагает разработку методологических средств интеграции, проведение комплексных эмпирических исследований психологических факторов расстройств аффективного спектра и разработку научно обоснованных интегративных методов психотерапии этих расстройств.

Цель исследования. Разработка теоретико-методологических оснований синтеза знаний, накопленных в разных традициях клинической психологии и психотерапии, комплексное эмпирическое исследование системы психологических факторов расстройств аффективного спектра с выделением мишеней и разработкой принципов интегративной психотерапии и психопрофилактики депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств.

Задачи исследования.

1. Теоретико-методологический анализ моделей возникновения и методов лечения расстройств аффективного спектра в основных психологических традициях; обоснование необходимости и возможности их интеграции.

2. Разработка методологических оснований синтеза знаний и интеграции методов психотерапии расстройств аффективного спектра.

3. Анализ и систематизация имеющихся эмпирических исследований психологических факторов депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств на основе многофакторной психо-социальной модели расстройств аффективного спектра и четырех-аспектной модели семейной системы.

4. Разработка методического комплекса, направленного на системное изучение макросоциальных, семейных, личностных и интерперсональных факторов эмоциональных нарушений и расстройств аффективного спектра.

5. Проведение эмпирического исследования больных депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами и контрольной группы здоровых испытуемых на основе многофакторной психо-социальной модели расстройств аффективного спектра.

6. Проведение популяционного эмпирического исследования, направленного на изучение макросоциальных факторов эмоциональных нарушений и выделение групп повышенного риска среди детей и молодежи.

7. Сравнительный анализ результатов исследования различных популяционных и клинических групп, а также здоровых испытуемых, анализ связей между макросоциальными, семейными, личностными и интерперсональными факторами.

8. Выделение и описание системы мишеней психотерапии расстройств аффективного спектра, обоснованных данными теоретико-методологического анализа и эмпирического исследования.

9. Формулирование основных принципов, задач и этапов интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра.

10. Определение основных задач психопрофилактики эмоциональных нарушений у детей из групп риска.

Теоретико-методологические основания работы. Методологической основой исследования являются системный и деятельностный подходы в психологии (Б.Ф.Ломов, А.Н.Леонтьев, А.В.Петровский, М.Г.Ярошевский), био-психо-

социальная модель психических расстройств, согласно которой в возникновении и течении психических расстройств участвуют биологические, психологические и социальные факторы (G.Engel, H.S.Akiskal, G.Gabbard, Z.Lipowsky, M.Perrez, Ю.А.Александровский, И.Я.Гурович, Б.Д.Карвасарский, В.Н.Краснов), представления о неклассической науке, как ориентированной на решение практических задач и интеграцию знаний под углом зрения этих задач (Л.С.Выготский, В.Г.Горохов, В.С.Степин, Э.Г.Юдин, Н.Г.Алексеев, В.К.Зарецкий), культурно-историческая концепция развития психики Л.С.Выготского, концепция опосредствования Б.В.Зейгарник, представления о механизмах рефлексивной регуляции в норме и патологии (Н.Г.Алексеев, В.К.Зарецкий, Б.В.Зейгарник, В.В.Николаева, А.Б.Холмогорова), двухуровневая модель когнитивных процессов, разработанная в когнитивной психотерапии А.Бека.

Объект исследования. Модели и факторы психической нормы и патологии и методы психологической помощи при расстройствах аффективного спектра.

Предмет исследования. Теоретические и эмпирические основания интеграции различных моделей возникновения и методов психотерапии расстройств аффективного спектра.

Гипотезы исследования.

1. Различные модели возникновения и методы психотерапии расстройств аффективного спектра сфокусированы на разных факторах; важность их комплексного учета в психотерапевтической практике обусловливает необходимость разработки интегративных моделей психотерапии.

2. Разработанные многофакторная психо-социальная модель расстройств аффективного спектра и четырех-аспектная модель семейной системы позволяют рассматривать и исследовать макросоциальные, семейные, личностные и интерперсональные факторы как систему и могут служить средством интеграции различных теоретических моделей и эмпирических исследований расстройств аффективного спектра.

3. Такие макросоциальные факторы как общественные нормы и ценности (культ сдержанности, успеха и совершенства, полоролевые стереотипы) влияют на эмоциональное благополучие людей и могут способствовать возникновению эмоциональных нарушений.

4. Существуют общие и специфические психологические факторы депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств, связанные с различными уровнями (семейным, личностным, интерперсональным).

5. Разработанная модель интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра является эффективным средством психологической помощи при этих расстройствах.

Методы исследования.

1. Теоретико-методологический анализ – реконструкция концептуальных схем исследования расстройств аффективного спектра в различных психологических традициях.

2. Клинико-психологический – исследование клинических групп с помощью психологических методик.

3. Популяционный – исследование групп из общей популяции с помощью психологических методик.

4. Герменевтический - качественный анализа данных интервью и сочинений.

5. Статистический – использование методов математической статистики (при сравнении групп использовался критерий Манна-Уитни для независимых выборок и Т-критерий Вилкоксона для зависимых выборок; для установления корреляционных связей использовался коэффициент корреляции Спирмена; для валидизации методик - факторный анализ, тест-ретест, коэффициент α - Кронбаха, коэффициент Guttman Split-half; для анализа влияния переменных использовался множественный регрессионный анализ). Для статистического анализа использовался программный пакет SPSS for Windows, Standart Version 11.5, Copyright © SPSS Inc., 2002.

6. Метод экспертных оценок – независимые экспертные оценки данных интервью и сочинений; экспертные оценки характеристик семейной системы психотерапевтами.
7. Катамнестический метод – сбор сведений о пациентах после лечения.

Разработанный методический комплекс включает следующие блоки методик в соответствии с уровнями исследования:

1) *семейный уровень* – опросник семейные эмоциональные коммуникации (СЭК, разработан А.Б.Холмогоровой совместно с С.В.Воликовой); структурированные интервью «Шкала стрессогенных событий семейной истории» (разработано А.Б.Холмогоровой совместно с Н.Г.Гаранян) и «Родительская критика и ожидания» (РКО, разработано А.Б.Холмогоровой совместно с С.В.Воликовой), тест семейной системы (FAST, разработан T.M.Gehring); сочинение для родителей «Мой ребенок»;

2) *личностный уровень* – опросник запрета на выражение чувств (ЗВЧ, разработан В.К.Зарецким совместно с А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян), Торонтская шкала алекситимии (TAS, разработана G.J. Taylor, адаптация Д.Б. Ересько, Г.Л.Исуриной с соавт.), тест на эмоциональный словарь для детей (разработан J.H.Krystal), тест на распознавание эмоций (разработан А.И.Тоом, модифицирован Н.С.Куреком), тест на эмоциональный словарь для взрослых (разработан Н.Г.Гаранян), опросник перфекционизма (разработан Н.Г.Гаранян совместно с А.Б.Холмогоровой и Т.Ю.Юдеевой); шкала физического перфекционизма (разработана А.Б.Холмогоровой совместно с А.А.Дадеко); опросник враждебности (разработан Н.Г.Гаранян совместно с А.Б.Холмогоровой);

3) *интерперсональный уровень* – опросник социальной поддержки (F-SOZU-22, разработан G.Sommer, T.Fydrich); структурированное интервью «Московский интегративный опросник социальной сети» (разработан А.Б.Холмогоровой совместно с Н.Г.Гаранян и Г.А.Петровой); тест на тип привязанности в интерперсональных отношениях (разработан C.Hazan, P.Shaver).

Для исследования *психопатологической симптоматики* использовался опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (разработан L.R.Derogatis, адаптация Н.В.Тарабриной), опросник депрессивности (BDI, разработан A.T.Beck с соавт., адаптация Н.В.Тарабриной), опросник тревоги (BAI, разработан A.T.Beck и R.A.Steer), опросник детской депрессии (CDI, разработан M.Kovacs), шкала личностной тревожности (разработана А.М.Прихожан). Для анализа факторов *макросоциального уровня* при исследовании групп риска из общей популяции выборочно использовались вышеперечисленные методики. Часть методик была разработана специально для данного исследования и прошла валидизацию в лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Росздрава.

Характеристика обследованных групп.

Клиническая выборка состояла из трех экспериментальных групп пациентов: 97 больных депрессивными расстройствами**,** 90 больных тревожными расстройствами, 52 больных соматоформными расстройствами; две *контрольные группы* здоровых испытуемых включали 90 человек; *группы родителей* пациентов с расстройствами аффективного спектра и здоровых испытуемых включали 85 человек; *выборки испытуемых из общей популяции* включали 684 ребенка школьного возраста, 66 родителей школьников и 650 взрослых испытуемых; *дополнительные группы*, включенные в исследование по валидизации опросников, составили 115 человек. Всего было обследовано 1929 испытуемых.

В исследовании принимали участие сотрудники лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Росздрава: к.психол.н. ведущий научный сотрудник Н.Г.Гаранян, научные сотрудники С.В.Воликова, Г.А.Петрова, Т.Ю.Юдеева, а также студенты одноименной кафедры факультета психологического консультирования Московского городского психолого-педагогического университета А.М.Галкина, А.А.Дадеко, Д.Ю.Кузнецова. Клиническую оценку состояния

пациентов в соответствии с критериями МКБ-10 проводила ведущий научный сотрудник МНИИ психиатрии Росздрава, к.м.н. Т.В.Довженко. Курс психотерапии пациентам назначался по показаниям в комплексе с медикаментозным лечением. Статистическая обработка данных проводилась с участием д.пед.н., к.мат.н. М.Г.Сороковой и к.хим.н.О.Г.Калины.

Достоверность результатов обеспечивается большим объемом обследованных выборок; применением комплекса методик, включающего опросники, интервью и тесты, что позволяло верифицировать результаты, полученные по отдельным методикам; использованием методик, прошедших процедуры валидизации и стандартизации; обработкой полученных данных с помощью методов математической статистики.

Основные положения, выносимые на защиту

1. В существующих направлениях психотерапии и клинической психологии акцентируются разные факторы и выделяются разные мишени работы с расстройствами аффективного спектра. Современный этап развития психотерапии характеризуется тенденциями к усложнению моделей психической патологии и интеграцией накопленных знаний на основе системного подхода. *Теоретическими основаниями интеграции* существующих подходов и исследований и выделения на этой основе системы мишеней и принципов психотерапии являются многофакторная психо-социальная модель расстройств аффективного спектра и четырех-аспектная модель анализа семейной системы.

1.1. *Многофакторная модель расстройств аффективного спектра* включает *макросоциальный, семейный, личностный и интерперсональный уровни.* На *макросоциальном* уровне выделяются такие факторы, как патогенные культуральные ценности и социальные стрессы; на *семейном* уровне - дисфункции структуры, микродинамики, макродинамики и идеологии семейной системы; на *личностном* уровне - нарушения аффективно-когнитивной сферы, дисфункциональные убеждения и стратегии поведения; на *интерперсональном* уровне - размеры социальной сети, наличие близких

доверительных отношений, степень социальной интеграции, эмоциональной и инструментальной поддержки.

1.2. *Четырех-аспектная модель анализа семейной системы* включает *структуру* семейной системы (степень близости, иерархию между членами, межпоколенные границы, границы с внешним миром); *микродинамику* семейной системы (повседневное функционирование семьи, в первую очередь коммуникативные процессы); *макродинамику* (семейную историю в трех поколениях); *идеологию* (семейные нормы, правила, ценности).

2. В качестве *эмпирических оснований психотерапии расстройств аффективного спектра* выступает комплекс психологических факторов этих расстройств, обоснованный результатами многоуровневого исследования трех клинических, двух контрольных и десяти популяционных групп.

2.1. В современной культуральной ситуации имеет место ряд *макросоциальных факторов расстройств аффективного спектра*: 1) увеличение нагрузок на эмоциональную сферу человека в результате высокого уровня стрессогенности жизни (темпа, конкуренции, трудностей выбора и планирования); 2) культ сдержанности, силы, успеха и совершенства, ведущие к негативным установкам по отношению к эмоциям, трудностям переработки эмоционального напряжения и получения социальной поддержки; 3) волна социального сиротства на фоне алкоголизации и распада семей.

2.2. В соответствии с уровнями исследования выделены следующие психологические факторы депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств: 1) на *семейном уровне* – нарушения *структуры* (симбиозы, коалиции, разобщенность, закрытые границы), *микродинамики* (высокий уровень родительской критики и насилия в семье), *макродинамики* (накопление стрессогенных событий и воспроизводство семейных дисфункций в трех поколениях) *идеологии* (перфекционистские стандарты, недоверие окружающим, подавление инициативы) семейной системы; 2) на *личностном уровне* – дисфункциональные убеждения и нарушения когнитивно-аффективной сферы; 3) на *интерперсональном уровне* - выраженный дефицит

доверительных межличностных отношений и эмоциональной поддержки. Наиболее выраженные дисфункции семейного и интерперсонального уровня отмечаются у больных депрессивными расстройствами. У больных соматоформными расстройствами имеют место выраженные нарушения способности к вербализации и распознаванию эмоций.

3. Проведенные теоретическое и эмпирическое исследования являются основаниями для интеграции психотерапевтических подходов и выделения системы мишеней психотерапии расстройств аффективного спектра. Разработанная на этих основаниях *модель интегративной психотерапии* синтезирует задачи и принципы когнитивно-бихевиорального и психодинамического подходов, а также ряд разработок отечественной психологии (концепций интериоризации, рефлексии, опосредствования) и системной семейной психотерапии.

3.1. В качестве *задач интегративной психотерапии и профилактики расстройств аффективного спектра* выступают: 1) на *макросоциальном уровне*: развенчание патогенных культуральных ценностей (культа сдержанности, успеха и совершенства); 2) на *личностном уровне*: развитие навыков эмоциональной саморегуляции через поэтапное формирование рефлексивной способности в виде остановки, фиксации, объективации (анализа) и модификации дисфункциональных автоматических мыслей; трансформация дисфункциональных личностных установок и убеждений (враждебной картины мира, нереалистичных перфекционистских стандартов, запрета на выражение чувств); 3) на *семейном уровне*: проработка (осмысление и отреагирование) травматического жизненного опыта и событий семейной истории; работа с актуальными дисфункциями структуры, микродинамики, макродинамики и идеологии семейной системы; 4) на *интерперсональном уровне*: отработка дефицитарных социальных навыков, развитие способности к близким доверительным отношениям, расширение системы интерперсональных связей.

3.2. Для соматоформных расстройств характерны фиксация на физиологических проявлениях эмоций, выраженное сужение эмоционального словаря и трудности осознания и вербализации чувств, что обусловливает определенную *специфику интегративной психотерапии расстройств с выраженной соматизацией* в виде дополнительной задачи развития навыков психогигиены эмоциональной жизни.

Новизна и теоретическая значимость исследования. Впервые разработаны *теоретические основания синтеза знаний о расстройствах аффективного спектра*, полученных в разных традициях клинической психологии и психотерапии - многофакторная психо-социальная модель расстройств аффективного спектра и четырех-аспектная модель анализа семейной системы.

Впервые на основе этих моделей проведен теоретико-методологический анализ различных традиций, *систематизированы существующие теоретические и эмпирические исследования расстройств аффективного спектра, обоснована необходимость их интеграции.*

Впервые на основе разработанных моделей проведено *комплексное экспериментально–психологическое исследование психологических факторов расстройств аффективного спектра*, в результате которого изучены и описаны *макросоциальные, семейные интерперсональные* факторы расстройств аффективного спектра.

Впервые на основе комплексного исследования психологических факторов расстройств аффективного спектра и теоретико-методологического анализа различных традиций выделена и описана *система мишеней психотерапии* и разработана *оригинальная модель интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра*.

Разработаны *оригинальные опросники* для исследования семейных эмоциональных коммуникаций (СЭК), запрета на выражение чувств (ЗВЧ), физического перфекционизма. Разработаны *структурированные интервью*: шкала стрессогенных событий семейной истории и «Московский интегративный опросник социальной сети», тестирующий основные параметры

социальной сети. Впервые на русском языке адаптирован и валидизирован инструмент для изучения социальной поддержки - опросник социальной поддержки Зоммера, Фюдрика (SOZU-22).

Практическая значимость исследования. *Выделены основные психологические факторы расстройств аффективного спектра и научно-обоснованные мишени психологической помощи,* которые необходимо учитывать специалистам, работающим с больными, страдающими данными расстройствами. *Разработаны, стандартизированы и адаптированы диагностические методики,* позволяющие специалистам выявлять факторы эмоциональных расстройств и выделять мишени психологической помощи. *Разработана модель психотерапии расстройств аффективного спектра*, интегрирующая знания, накопленные в различных традициях психотерапии и эмпирических исследованиях. *Сформулированы задачи психопрофилактики расстройств аффективного спектра для детей групп риска, их семей и специалистов из образовательных и воспитательных учреждений*.

Результаты исследования внедрены:

В практику работы клиник Московского НИИ психиатрии Росздрава, Научного центра психического здоровья РАМН, ГКПБ №4 им. Ганнушкина и ГКПБ №13 г.Москвы, в практику работы Областного психотерапевтического центра при ОКПБ №2 г.Оренбурга и Консультативно-диагностического центра по охране психического здоровья детей и подростков г.Новгорода.

Результаты исследования используются в образовательном процессе факультета психологического консультирования и факультета повышения квалификации Московского городского психолого-педагогического университета, психологического факультета Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, факультета клинической психологии Сибирского государственного медицинского университета, кафедры педагогики и психологии Чеченского государственного университета.

Апробация исследования. Основные положения и результаты работы докладывались автором на международной конференции «Синтез

психофармакологии и психотерапии» (Иерусалим, 1997); на Российских национальных симпозиумах «Человек и лекарство» (1998, 1999, 2000); на Первой российско-американской конференции по когнитивно-бихевиоральной психотерапии (Санкт-Петербург, 1998); на международных образовательных семинарах «Депрессии в первичной медицинской сети» (Новосибирск, 1999; Томск, 1999); на секционных заседаниях XIII и XIV съездов Российского общества психиатров (2000, 2005.); на российско-американском симпозиуме «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» (2000); на Первой международной конференции памяти Б.В.Зейгарник (Москва, 2001); на пленуме правления Российского общества психиатров в рамках Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства» (Москва, 2003); на конференции «Психология: современные направления междисциплинарных исследований», посвященной памяти член-корр. РАН А.В.Брушлинского (Москва, 2002); на Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты» (Москва, 2004); на конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины» (Санкт-Петербург, 2006).

Диссертация обсуждена на заседаниях Ученого совета МНИИ психиатрии (2006), Проблемной комиссии ученого совета МНИИ психиатрии (2006) и Ученого совета факультета психологического консультирования МГППУ(2006).

Структура диссертации. Текст диссертации изложен на 465 с., состоит из введения, трех частей, десяти глав, заключения, выводов, списка литературы (450 названий, из них 191 на русском и 259 на иностранных языках), приложения, включает 74 таблицы, 7 рисунков.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность работы, сформулированы предмет, цель, задачи и гипотезы исследования, раскрыты методологические основания исследования, дана характеристика обследованных группы и использованных методов, научной новизны, теоретической и практической значимости, представлены основные положения, выносимые на защиту.

Первая часть состоит из четырех глав и посвящена разработке теоретических оснований интеграции моделей возникновения и методов психотерапии расстройств аффективного спектра. В **первой главе** вводится понятие расстройств аффективного спектра как области психической патологии с доминированием эмоциональных нарушений и выраженным психо-вегетативным компонентом (J.Angst,1988, 1997; H.S.Akiskal et al., 1980, 1983; О.П.Вертоградова, 1992; В.Н.Краснов, 2003 и др.). Представлены сведения об эпидемиологии, феноменологии и современной классификации депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств, как наиболее эпидемиологически значимых. Фиксируется высокий уровень коморбидности этих расстройств, анализируются дискуссии относительно их статуса и общности этиологии.

Во **второй главе** проанализированы теоретические модели расстройств аффективного спектра в основных психотерапевтических традициях - психодинамической, когнитивно-бихевиоральной, экзистенциально-гуманистической, и рассмотрены интегративные подходы, центрированные на семье и интерперсональных отношениях (системно ориентированная семейная психотерапия, теория привязанности Д.Боулби, интерперсональная психотерапия Г.Клермана, теория отношений В.Н.Мясищева). Особое внимание уделено теоретическим разработкам отечественной психологии, посвященным рефлексии, раскрыта ее роль для эмоциональной саморегуляции.

Показано, что традиционное противостояние классических моделей психоанализа, бихевиоризма и экзистенциальной психологии в настоящее время сменяется интегративными тенденциями в представлениях о

структурно-динамических характеристиках психики в норме и патологии: 1) все большее значение придается анализу дисфункций родительской семьи и травматическому опыту ранних интерперсональных отношений как фактору формирования уязвимости к расстройствам аффективного спектра; 2) механистические причинно-следственные связи (травма – симптом; неадекватное научение – симптом) или полное отрицание принципа детерминизма заменяются сложными системными представлениями о внутренних негативных репрезентациях себя и мира и системе негативных искажений внешней и внутренней реальности как факторах личностной уязвимости к расстройствам аффективного спектра.

В результате проведенного анализа доказывается взаимодополняемость существующих подходов и обосновывается необходимость синтеза знаний для решения практических задач. В когнитивно-бихевиоральной терапии накоплены наиболее эффективные средства работы с когнитивными искажениями и дисфункциональными убеждениями (А.Бек и др., 2003; Alford, Beck, 1997); в психодинамическом подходе - с травматическим опытом и актуальными интерперсональными отношениями (З.Фрейд, 1983; C.Heim, M.G.Owens, 1979; G.Klerman et al., 1997 и др.); в системной семейной психотерапии - с актуальными семейными дисфункциями и семейной историей (Э.Г.Эйдемиллер, В.Юстицкис, 2000; М.Боуэн, 2005); в отечественной традиции, развивавшей принцип активности субъекта, разработаны представления о механизмах опосредствования и эмоциональной саморегуляции (Б.В.Зейгарник, А.Б.Холмогорова, 1986; Б.В.Зейгарник, А.Б.Холмогорова, Е.П.Мазур, 1989; Е.Т.Соколова, В.В.Николаева, 1995; Ф.С.Сафуанов, 1985; Тхостов, 2002) . Выделяется ряд общих тенденций развития направлений психотерапии: от механистических моделей к системным внутри традиций; от оппозиции к интеграции в отношениях между традициями; от воздействия к сотрудничеству в отношениях с пациентами.

Таблица 1. **Представления о структурно-динамических характеристиках психики в основных направлениях современной психотерапии: тенденции к сближению.**

Направления психотерапии / **Характе-ристики психики**	**Психодинамическая традиция** Теория объектных Отношений	**Когнитивно-бихевиоральная традиция** Когнитивная психотерапия Бека	**Экзистенциально-гуманистическая традиция** Клиентцентрированная психотерапия Роджерса
Структура	Система представлений о себе и о мире (объектные репрезентации)	Система представлений о себе и о мире (когнитивные схемы: убеждения и верования)	Система представлений о себе и о мире (концепция Я)
Микродинамика	Отражение реальности (защитные механизмы)	Отражение реальности (когнитивные искажения)	Отражение реальности (искажения внутреннего опыта)
Макродинамика	Ранний опыт, характер привязанности (стадии развития объектных отношений)	Ранний опыт, характер привязанности (формирование когнитивных схем)	Ранний опыт, характер привязанности (формирование концепции «Я»)

В качестве одного из оснований, позволяющих осуществить синтез подходов, предлагается двухуровневая когнитивная модель, разработанная в когнитивной психотерапии А.Бека, доказывается ее высокий интегративный потенциал (B.A.Alford, A.T.Beck,1997; А.Б.Холмогорова, 2001).

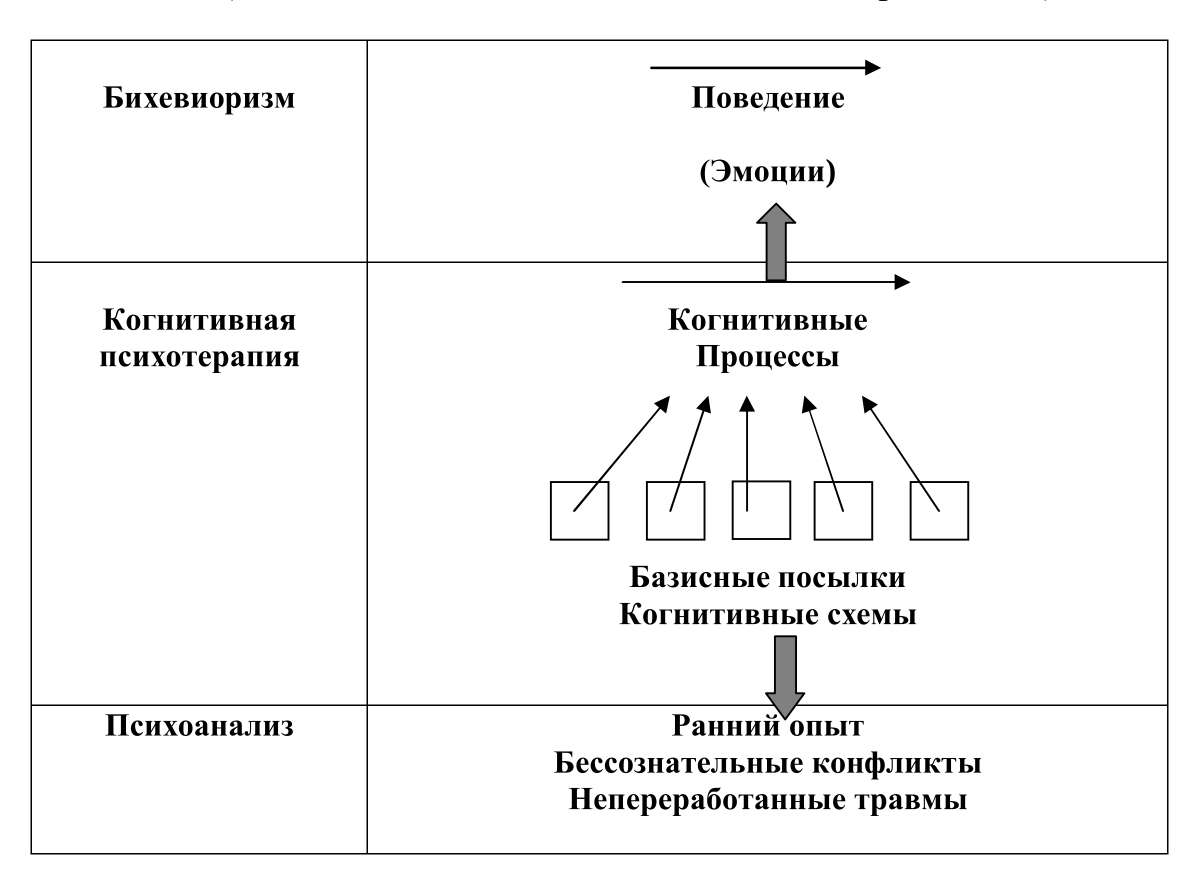


Рис.1. **Когнитивная психотерапия - мост между бихевиоризмом и психоанализом.**

Третья глава посвящена разработке методологических средств синтеза теоретических и эмпирических знаний о расстройствах аффективного спектра и методах их лечения. В ней излагается концепция неклассической науки, в которой необходимость синтеза знаний обусловлена направленностью на решение практических задач и сложностью последних.

Эта концепция, восходящая к трудам Л.С.Выготского в области дефектологии, активно разрабатывалась отечественными методологами на материале инженерных наук и эргономики (Э.Г. Юдин, 1997; В.Г.Горохов, 1987; Н.Г.Алексеев, В.К.Зарецкий, 1989). В опоре на эти разработки обосновывается методологический статус современной психотерапии как неклассической науки, направленной на разработку научно-обоснованных методов психологической помощи.

Постоянный рост количества исследований и знаний в науках о психическом здоровье и патологии требует разработки средств их синтеза. В современной науке в качестве общей методологии синтеза знаний выступает системный подход (Л. фон Берталанфи, 1973; Э.Г.Юдин, 1997; В.Г.Горохов, 1987, 2003; Б.Ф.Ломов, 1996; А.В.Петровский, М.Г.Ярошевский, 1994).

В науках о психическом здоровье он преломляется в системные био-психо-социальные модели, отражающие сложную многофакторную природу психической патологии, уточняемую все новыми и новыми исследованиями (И.Я.Гурович, Я.А.Сторожакова, А.Б.Шмуклер, 2004; В.Н.Краснов, 1990; Б.Д.Карвасарский, 2000, А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян, 1998; H.Akiskal, G.McKinney,1975; G.Engel, 1980; J.Lipowsky, 1981; G.Gabbard, 2001 и др.).

В качестве средства синтеза психологических знаний о расстройствах аффективного спектра предлагается *многофакторная психосоциальная модель* этих расстройств, на основе которой факторы организуются в связанные между собой блоки, принадлежащие одному из следующих уровней: *макросоциальному, семейному, личностному и интерперсональному*. В *таблице 2* показано, на каких именно факторах делают акцент разные школы психотерапии и клинической психологии.

Таблица 2. **Многоуровневая психо-социальная модель расстройств аффективного спектра как средство синтеза знаний**

Уровни	Факторы расстройств аффективного спектра	Традиции психотерапии и клинической психологии
Макросоциальный	**Патогенные и конфликтные ценности современной культуры**	**Социальный психоанализ (К.Хорни)**
Семейный	**Травматический опыт** **Ненадежная привязанность** **Дисфункции семейной системы**	**Психодинамическая (З.Фрейд)** **Теория привязанности Д.Боулби** **Системно ориентированная семейная (С.Минухин, М.Боуэн)**
Личностный	**Негативное мышление, дисфункциональные убеждения** **Негативная Я-концеция, отказ от ответственности** **Вытесненная агрессия, негативная самооценка, алекситимия** **Нарушения рефлексивной регуляции мышления и поведения**	**Когнитивно-бихевиоральная (А.Бек, А.Эллис)** **Экзистенциально-гуманистическая (К.Роджерс, Р.Мэй)** **Психодинамическая (К.Абрахам , З.Фрейд, Д.Якобсон, П.Сифнеос)** **Исследования мышления в московской школе (Н.Г.Алексеев, В.К.Зарецкий, Б.В.Зейгарник, А.Б.Холмогорова)**
Интерперсональный	**Неспособность к кооперации** **Деструктивные стратегии межличностных отношений** **Коммуникативные дисфункции, дефицит социальных навыков** **Дефицит осознанности, активности и избирательности в отношениях**	**Индивидуальная психология А.Адлера** **Социальный психоанализ (Г.Салливен, К.Хорни)** **Интерперсональная психотерапия Г.Клермана** **Психология отношений В.Н.Мясищева, личностно-реконструктивная психотерапия Б.Д.Карвасарского , Г.Л.Исуриной, В.А.Ташлыкова.**

В *таблице 3* в качестве средства систематизации концептуального аппарата, разработанного в разных школах системно ориентированной семейной психотерапии, представлена *четырех-аспектная модель семейной системы*. В опоре на эту модель осуществляется синтез знаний о семейных

факторах расстройств аффективного спектра и их комплексное эмпирическое исследование.

Таблица 3 **Четырех-аспектная модель семейной системы как средство синтеза знаний о семейных факторах**

Семейная структура	**Семейная микродинамика**	**Семейная Макродинамика**	**Семейная идеология**
1.Связь **Типы**: сверхвключенность, разобщенность. автономность, дифференцированность коалиции **2.Иерархия** **Типы:** низкая, высокая, умеренная. Инверсия иерархии **3. Подсистемы**. **Типы**: родительская, детская, прародительская. **4.Границы:** **Типы:** внутренние – между поколениями, внешние – с внешним миром	**1.Семейные роли -** Смешение ролей. Ролевая гибкость. **2. Стереотипы взаимодействия** Частота конфликтов. Степень контроля. **3.Циркулирование** информации в системе. Семейные секреты. **4. Стиль эмоциональной коммуникации в семье**. уровень критики, негативных эмоций, выражение чувств, парадоксальные коммуникации **5. Метакоммуникация** коммуникация по поводу коммуникации **6. Триангуляция** использование третьего в решении конфликтов между двумя другими	**1.Семейная история или эволюция** отношения и события в 3-х поколениях **2.Семейный сценарий** повторяющиеся из поколения в поколение паттерны **3.Цикл развития семьи**. Переломные моменты **4.Сопротивление изменениям** трудности перестройки **5.Ресурсы для изменений** позитивные аспекты отношений 6. **Трансмиссия** накопление негативных паттернов в трех поколениях **7.Травматические события в семейной истории** ранние смерти, тяжелые болезни, жертвы войн и репрессий и т.д.	**1. Семейные правила, нормы**. Конструктивные - дисфункциональные **2. Делегирование требований и ожиданий**. Согласованные, несогласованные. **3. Мифы** деструктивные, дающие опору **4. Семейные ценности, верования и убеждения** конструктивные - дисфункциональные **5.Традиции, ритуалы** устойчивые паттерны, объединяющие членов семьи **6. Общий культурный контекст семейной системы** культурные ценности, стереотипы , нормы

В **четвертой главе** первой части представлены результаты систематизации эмпирических исследований психологических факторов расстройств аффективного спектра на основе разработанных средств.

Макросоциальный уровень. Показана роль различных социальных стрессов (бедность, социально-экономические катаклизмы) в росте эмоциональных расстройств (материалы ВОЗ, 2001, 2003, В.М.Волошин, Н.В.Вострокнутов, И.А.Козлова и соавт., 2001). При этом отмечен беспрецедентный рост социального сиротства в России, которая по числу детей-сирот занимает первое место в мире: только по данным официальной статистки их насчитывается более 700 тысяч. Согласно исследованиям дети-сироты представляют собой одну из основных групп риска по девиантному

поведению и различным психическим нарушениям, в том числе расстройствам аффективного спектра (D.Bowlby, 1951, 1980; И.А.Коробейников, 1997; Й.Лангмейер, З.Матейчик, 1984; В.Н.Ослон, 2002; В.Н.Ослон, А.Б.Холмогорова, 2001; А.М.Прихожан, Н.Н.Толстых, 2005; Ю.А.Пищулина, В.А.Руженков, О.В.Рычкова 2004; Дозорцева, 2006 и др.). Доказано, что риск депрессии у женщин, потерявших мать до 11 лет, повышается в три раза (G.W.Brown, T.W.Harris, 1978). Однако, примерно 90% детей-сирот в России – сироты при живых родителях, проживающие в детских домах и интернатах. Главная причина распада семей – алкоголизация. Семейные формы жизнеустройства сирот в России развиты недостаточно, хотя необходимость замещающей семейной заботы для психического здоровья детей доказана зарубежными и отечественными исследованиями (В.К.Зарецкий и др., 2002, В.Н.Ослон, А.Б.Холмогорова, 2001, В.Н.Ослон, 2002, И.И.Осипова, 2005, A.Kadushin, 1978, D.Tobis, 1999 и др.).

Макросоциальные факторы ведут к расслоению общества. Это выражается, с одной стороны, в обнищании и деградации части населения, а с другой – в росте числа обеспеченных семей с запросом на организацию элитных учреждений образования с перфекционистскими образовательными стандартами. Выраженная ориентация на успех и достижения, интенсивные учебные нагрузки в этих учреждениях также создают угрозу эмоциональному благополучию детей (С.В.Воликова, А.Б.Холмогорова, А.М.Галкина, 2006).

Другим проявлением культа успеха и совершенства в обществе является широкая пропаганда в средствах массовой информации нереалистичных перфекционистских стандартов внешнего вида (веса и пропорций тела), масштабный рост клубов фитнеса и бодибилдинга. Для части посетителей этих клубов деятельность по коррекции фигуры приобретает сверхценный характер. Как показывают западные исследования, культ физического совершенства ведет к эмоциональным расстройствам и нарушениям пищевого поведения, тоже относящимся к спектру аффективных расстройств (T.F.Cash, 1997; Ф.Скэрдеруд, 2003).

Такой макросоциальный фактор, как гендерные стереотипы, также оказывает значительное влияние на психическое здоровье и эмоциональное благополучие, хотя пока и остается недостаточно изученным (J.Angst, C.Ernst, 1990; А.М.Меллер-Леймкюллер, 2004). Эпидемиологические данные свидетельствуют о большей распространенности депрессивных и тревожных расстройств у женщин, которые значительно чаще обращаются за помощью по поводу этих состояний. В то же время известно, что мужская популяция явно опережает женскую по числу завершенных суицидов, алкоголизации, преждевременной смертности (K.Hawton, 2000; В.В.Войцех, 2006; А.В.Немцов, 2001). Поскольку важными факторами суицидов и алкоголизации являются аффективные расстройства, возникает необходимость объяснения этих данных. Особенности гендерных стереотипов поведения – культ силы и мужественности у мужчин - может пролить свет на эту проблему. Трудности предъявления жалоб, обращения за помощью, получения лечения и поддержки повышают риск невыявленных эмоциональных нарушений у мужчин, выражаются во вторичной алкоголизации и антивитальном поведении (А.М.Меллер-Леймкюллер, 2004).

Семейный уровень. В последние десятилетия наблюдается повышенное внимание исследователей к семейным факторам расстройств аффективного спектра. Начиная с пионерских работ Д.Боулби и М.Эйнсворт (Bowlby, 1972, 1980), исследуется проблема ненадежной привязанности в детстве как фактор депрессивных и тревожных нарушений у взрослых. Наиболее фундаментальные исследования в этой области принадлежат Дж.Паркеру (Parker, 1981, 1993), предложившему известный опросник для исследования родительской привязанности PBI (Parental bonding instrument). Он охарактеризовал стиль детско-родительских отношений депрессивных пациентов как «холодный контроль», а тревожных как «эмоциональные тиски». Дж.Энгель изучал семейные дисфункции при расстройствах с выраженной соматизацией (G.Engel, 1959). Дальнейшие исследования позволили выявить еще целый ряд семейных дисфункций, характерных для расстройств

аффективного спектра, которые систематизируются на основе *четырех-аспектной модели* семейной системы: 1) с*труктура* - симбиозы и разобщенность, закрытые границы (А.Е.Бобров, М.А.Белянчикова, 1999; Н.В.Самоукина, 2000, Э.Г.Эйдемиллер, В.Юстицкис, 2000); 2) *микродинамика* - высокий уровень критики, давления и контроля (G.Parker, 1981, 1993; M.Hudges, 1984 и др.); 3) *макродинамика:* тяжелые болезни и смерти родственников, физическое и сексуальное насилие в семейной истории (B.M.Payne, Norfleet, 1986; Sh.Declan, 1998; J.Hill, A.Pickles et all, 2001; J.Scott, W.A.Barker, D.Eccleston, 1998); 4) *идеология* - перфекционистские стандарты, ценность послушания и успеха (Л.В.Ким, 1997; Н.Г.Гаранян, А.Б.Холмогорова, Т.Ю.Юдеева, 2001; S.J.Blatt., E.Homann, 1992). В последнее время растет число комплексных исследований, доказывающих важный вклад психологических семейных факторов в детскую депрессию наряду с биологическими (A.Pike, R.Plomin, 1996), проводятся системные исследования семейных факторов (Э.Г.Эйдемиллер, В.Юстицкис, 2000; А.Б.Холмогорова, С.В.Воликова, Е.В.Полкунова, 2005; С.В.Воликова, 2006).

Личностный уровень. Если в работах психиатров доминируют исследования различных типов личности (типологической подход), как фактора уязвимости к расстройствам аффективного спектра (Г.С.Банников, 1998; Д.Ю.Вельтищев, Ю.М.Гуревич, 1984; Akiskal et al., 1980, 1983; H.Thellenbach, 1975; M.Shimoda, 1941 др.), то в современных исследованиях клинических психологов преобладает параметрический подход – исследование отдельных личностных черт, установок и убеждений, а также исследования аффективно-когнитивного стиля личности (A.T.Beck, et al.,1979; M.W.Enns, B.J.Cox, 1997; J.Lipowsky, 1989). В исследованиях депрессивных и тревожных расстройств особо выделяется роль таких личностных черт, как перфекционизм (R.Frost et al., 1993; P.Hewitt, G.Fleet, 1990; Н.Г.Гаранян, А.Б.Холмогорова, Т.Ю.Юдеева, 2001, Н.Г.Гаранян, 2006) и враждебность (А.А.Абрамова, Н.В.Дворянчиков, С.Н.Ениколопов с соавт., 2001; Н.Г.Гаранян, А.Б.Холмогорова, Т.Ю.Юдеева, 2003; M.Fava, 1993). Со времени введения концепции алекситимии

(G.S.Nemiah, P.E.Sifneos, 1970) не прекращаются исследования этого аффективно-когнитивного стиля личности, как фактора соматизации, и дискуссии относительно его роли (J.Lipowsky, 1988, 1989; R.Kellner, 1990; В.В.Николаева, 1991; А.Ш.Тхостов, 2002; Н.Г.Гаранян, А.Б.Холмогорова, 2002).

Интерперсональный уровень. Основной блок исследований этого уровня касается роли социальной поддержки в возникновении и течении расстройств аффективного спектра (M.Greenblatt, M.R.Becerra, E.A.Serafetinides, 1982; T.S.Brugha, 1995; А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян, Г.А.Петрова, 2003). Как показывают эти исследования, дефицит близких поддерживающих межличностных отношений, формальные, поверхностные контакты тесно связаны с риском возникновения депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств.

Часть II состоит из четырех глав и посвящена изложению результатов комплексного эмпирического исследования психологических факторов расстройств аффективного спектра на основе многофакторной психо-социальной модели и четырех-аспектной модели семейной системы. В **первой главе** раскрывается общий замысел исследования, дается краткая характеристика обследованных групп и использованных методов.

Вторая глава посвящена исследованию макросоциального уровня - выявлению групп риска по расстройствам аффективного спектра в общей популяции. Во избежание стигматизации для обозначения проявлений расстройств аффективного спектра в виде симптомов депрессии и тревоги в общей популяции использовался термин «эмоциональные нарушения». Приводятся данные обследования 609 школьников и 270 студентов вузов, демонстрирующие распространенность эмоциональных нарушений у детей и молодежи (в группу с высокими показателями симптомов депрессии попадает около 20% подростков и 15% студентов). В *таблице 5* указываются изученные макросоциальные факторы расстройств аффективного спектра.

Таблица 5. **Общая организация исследования факторов макросоциального уровня**

Факторы макросоциального уровня	**Обследованные группы**	**Методики**
Фактор 1. Распад и алкоголизация семей, волна социального сиротства, рост количества детей, имеющих травматический семейный опыт насилия и потерь	Гр.1- дети–социальные сироты Гр.2- дети из социально неблагополучных семей Гр.3 – дети из обычных семей Всего – 141.человек	Опросник детской депрессии Ковак, опросник тревожности Прихожан, тест на эмоциональный словарь для детей Кристалла
Фактор 2. Рост учреждений образования (УО) с повышенной учебной нагрузкой, перфекционистские стандарты подготовки	Гр.1 – дети из УО с повышенной нагрузкой Гр..2 - дети из обычных классов Гр.3 - родители детей из УО с повышенной нагрузкой Гр.4 – родители детей из обычных классов Всего - 197 человек	Опросник детской депрессии Ковак, опросник тревожности Прихожан, опросник перфекционизма
Фактор 3. Культ физического совершенства в виде перфекционистских стандартов веса и пропорций тела, их пропаганда в средствах массовой информации	Гр.1- девушки. занимающиеся коррекцией фигуры Гр.2 – девушки, не вовлеченные в эту деятельность Гр.1- юноши, занимающиеся коррекцией фигуры Гр.4 - юноши, не вовлеченные в эту деятельность Всего – 170 человек	Опросники тревоги и депрессии Бека, шкала физического перфекционизма, опросник перфекционизма
Фактор 4. Полоролевые стереотипы эмоционального поведения	Гр.1 – муж. Пол Гр. 2 - жен. пол Всего – 210 человек	Опросник запрета на выражение чувств (ЗВЧ)

Исследование последствий **фактора 1** (распад и алкоголизация семей, волна социального сиротства) для эмоционального благополучия детей показало, что дети-социальные сироты представляют собой наиболее неблагополучную группу из трех изученных.

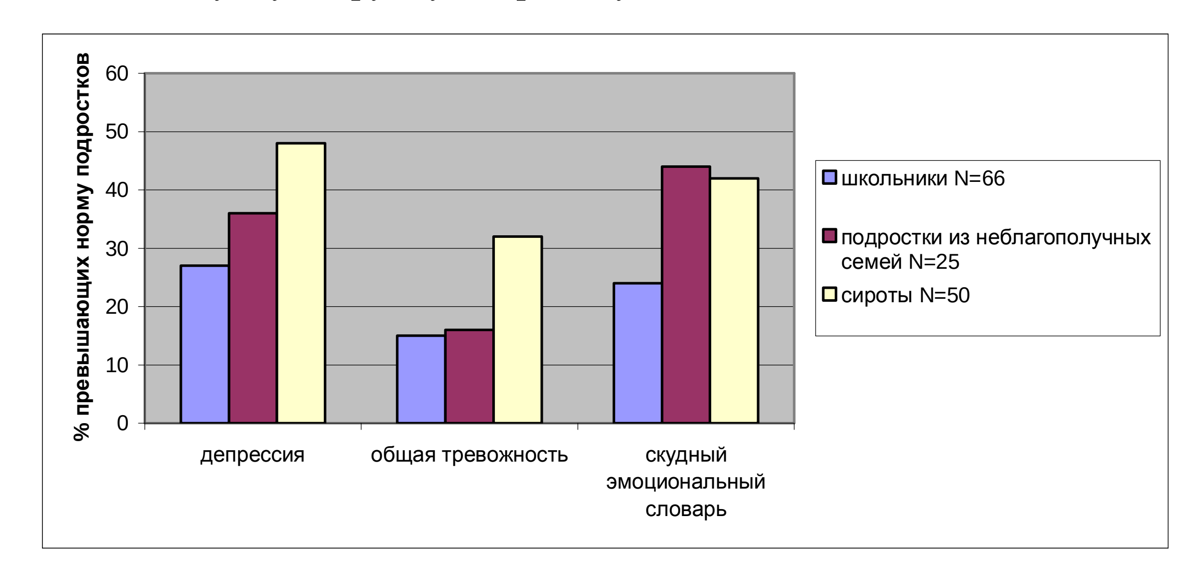


Рис. 2 **Количество детей (в %), попадающих в группу риска по развитию эмоциональных расстройств (опросник детской депрессии Ковак; опросник тревоги Прихожан, структурированное интервью Кристалла).**

Они демонстрируют наиболее высокие показатели по шкалам депрессии и тревоги, а также суженный эмоциональный словарь. Дети, проживающие в социально неблагополучных семьях, занимают промежуточное положение между детьми-социальными сиротами, утратившими семью, и школьниками из обычных семей.

Исследование **фактора 2** (рост числа учреждений образования с повышенной учебной нагрузкой) показало, что среди учащихся классов с повышенной нагрузкой выше процент подростков с эмоциональными нарушениями по сравнению со школьниками из обычных классов.

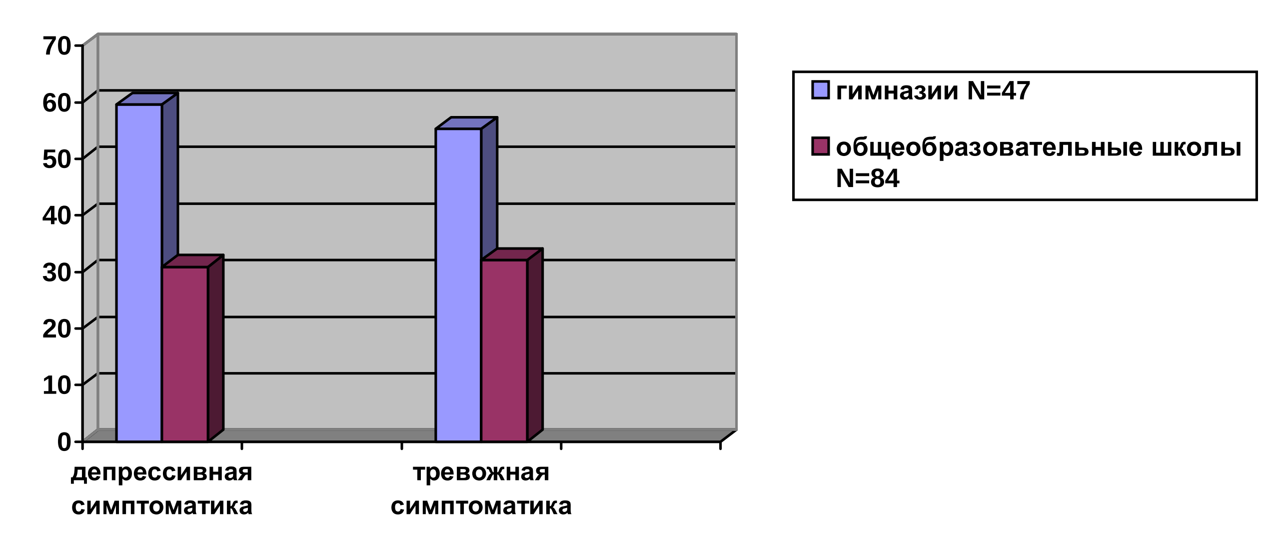


Рис.3. **Количество учащихся (в процентах), попадающих в группу риска по развитию эмоциональных расстройств (опросник детской депрессии M. Kovacs (CDI); опросник детской тревоги А.М.Прихожан).**

Родители детей с симптомами депрессии и тревоги, превышающими норму, продемонстрировали значимо более высокие показатели перфекционизма по сравнению с родителями эмоционально благополучных детей; выявлены значимые корреляционные связи между показателями родительского перфекционизма и симптомами детской депрессии и тревоги.

Исследование **фактора 3** (культ физического совершенства) показало, что среди молодежи, вовлеченной в деятельность по коррекции фигуры в клубах фитнеса и бодибилдинга значимо выше показатели депрессивной и тревожной симптоматики по сравнению с группами, не вовлеченными в эту деятельность.

Таблица 6. **Показатели депрессии, тревоги, общего и физического перфекционизма в группах фитнеса, бодибилдинга и контрольных группах.**

Группы / Опросники	Женщины		Мужчины	
	Фитнес N=60 M (SD)	**Контр. N=60 M (SD)**	**Бодибилд. N=25 M (SD)**	**Контр. N=25 M (SD)**
Шкала депрессии Бека	**15** (9)**	**8 (7)**	**21* (12)**	**13 (12)**
Шкала тревоги Бека	**14* (8)**	**10 (6)**	**19** (11)**	**10 (8)**
Общий показатель опросника перфекционизма	**43* (10)**	**41 (12)**	**50** (9)**	**44 (14)**
Шкала физического перфекционизма	**26,5 **(6)**	**17 (8)**	**23** (7)**	**19 (5)**

*при $p<0,05$ (Критерий Манна-Уитни) M – среднее значение
**при $p<0,01$ (Критерий Манна-Уитни) SD – стандартное отклонение

Как видно из таблицы, группы юношей и девушек, вовлеченных в деятельность по коррекции фигуры, отличают от контрольных групп значимо более высокие показатели общего и физического перфекционизма. Показатели уровня физического перфекционизма связаны с показателями эмоционального неблагополучия прямыми значимыми корреляционными связями.

Исследование **фактора 4** (полоролевые стереотипы эмоционального поведения) показало, что у мужчин выше показатель запрета на выражение астенических эмоций печали и страха по сравнению с женщинами. Этот результат позволяет прояснить некоторые важные противоречия в эпидемиологических данных, рассмотренные выше. Полученные результаты свидетельствуют о выраженных трудностях предъявления жалоб и обращения за помощью у лиц мужского пола, что препятствует выявлению расстройств аффективного спектра и повышает уровень суицидального риска в мужской популяции. Эти трудности связаны с такими полоролевыми стереотипами мужского поведения, как культ мужественности, силы и сдержанности.

Третья и четвертая главы второй части посвящены исследованию *клинических групп*, проведенному на основе многофакторной психо-социальной модели расстройств аффективного спектра. Были обследованы три клинические группы: пациенты с *депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами*. Среди пациентов всех трех групп преобладали женщины (87,6%; 76,7%; 87,2% - соответственно). Основной возрастной диапазон в группах больных депрессивными и тревожными расстройствами 21-40 лет (67% и 68,8% соответственно), более половины с высшим образованием (54,6 и 52,2% соответственно). Среди больных соматоформными расстройствами преобладали пациенты в возрастном диапазоне 31-40 (42,3%) и со средним образованием (57%). При наличии коморбидных расстройств аффективного спектра основной диагноз выставлялся врачом-психиатром на основе доминирующей на момент обследования симптоматики. У части пациентов с депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами были выявлены коморбидные расстройства зрелой личности (14,4%; 27,8%; 13,5% соответственно). Курс психотерапии назначался по показаниям в комплексе с медикаментозным лечением, проводимым врачом-психиатром.

Таблица 7. **Диагностическая характеристика пациентов с депрессивными расстройствами**

Код по МКБ-10		**Диагноз**	**Пациенты с депрессивными расстройствами N=97**	
			N	**%**
F32	**F32**	**Депрессивный эпизод**	**29**	**29,9**
	F32+F34.1	**Сочетание депрессивного эпизода и дистимии**	**16**	**16,5**
	F32+F45	**Сочетание депрессивного эпизода и соматоформного р-ва**	**4**	**4,1**
F33	**F33**	**Рекуррентное депрессивное р-во**	**34**	**35,1**
F34.0	**F34.0**	**Циклотимия**	**3**	**3,1**
F34.1	**F34.1**	**Дистимия**	**11**	**11,3**
Всего:			**97**	**100**

Из таблицы видно, что преобладающими диагнозами в группе депрессивных расстройств являются рекуррентное депрессивное расстройство и депрессивный эпизод.

Таблица 8. **Диагностическая характеристика пациентов с тревожными расстройствами**

Код по МКБ-10		Диагноз	Пациенты с тревожными расстройствами N=90	
			N	%
F40.01	F40.01	Агорафобия с паническим расстройством	7	7,8
	F40.01+ F32	Сочетание агорафобии с паническим р-вом и депрессивного эпизода	5	5,6
F40.1	F40.1	Социальные фобии	9	10
	F40.1+F32	Сочетание социальной фобии и депрессивного эпизода	4	4,4
F41.0	F41.0	Паническое расстройство	6	6,7
	F41.0+F32	Сочетание панического расстройства и депрессивного эпизода	8	8,8
F41.1	F41.1	Генерализованное тревожное р-во	4	4,4
	F41.1+F32	Сочетание генерализованного тревожного р-ва и депрессивного эпизода	7	7,8
F41.2	F41.2	Смешанное тревожное и депрессивное р-во	24	26,7
	F41.2+F41.0	Сочетание смешанного тревожного и депрессивного р-ва и панического р-ва	7	7,8
F42	F42	Обсессивно-компульсивное р-во	9	10
Всего:			90	100

Из таблицы видно, что преобладающими диагнозами в группе тревожных расстройств являются паническое расстройство с разными сочетаниями и смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

Таблица 9 . **Диагностическая характеристика пациентов с соматоформными расстройствами**

Код по МКБ-10		Диагноз	Пациенты с соматоформными расстройствами N=52	
			n	%
F 45	F 45.0	Соматизированное расстройство	24	46,2
	F 45.3	Соматоформная вегетативная дисфункция	28	53,8
Всего			52	100

Как видно из таблицы, группа *соматоформных расстройств* включала два основных диагноза по МКБ-10. Пациенты с диагнозом «соматизированное расстройство» предъявляли жалобы на многообразные, повторяющиеся и часто изменяющие локализацию соматические симптомы. Жалобы пациентов с диагнозом «соматоформная вегетативная дисфункция» относились к отдельному органу или системе организма, наиболее часто – к сердечно-сосудистой, гастроинтестинальной или дыхательной.

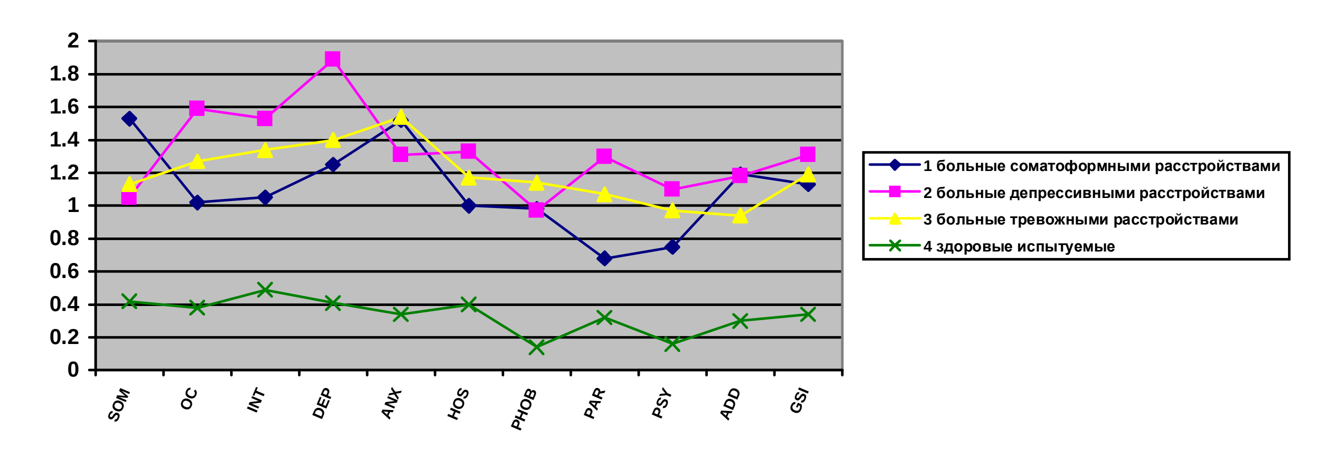


Рис 4. **Выраженность психопатологической симптоматики у больных с депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами (опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R)**

Как видно из графика, в группе депрессивных имеет место отчетливый пик по школе депрессии, в группе тревожных – по шкале тревоги, а в группе соматоформных - наиболее высокие значения по шкале соматизации, что согласуется с их диагнозами по критериям МКБ-10. Депрессивных больных отличают значимо более высокие показатели по большинству шкал симптоматического опросника.

В соответствии с многофакторной психо-социальной моделью психологические факторы соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств изучались на семейном, личностном и интерперсональном уровнях. В опоре на данные теоретических и эмпирических исследований, а также собственный опыт работы, выдвигается ряд гипотез. На *семейном уровне* на основе четырех-аспектной модели были выдвинуты гипотезы о дисфункциях семейной системы: 1) *структуры* (нарушение связей в форме симбиозов, разобщенности и коалиций, закрытые внешние границы); 2) *микродинамики* (высокий уровень критики, индуцирование недоверия к людям); 3) *макродинамики* (высокий уровень стрессов в семейной истории); 4) *идеологии* (перфекционистские стандарты, враждебность и недоверие к людям). На *личностном уровне* были выдвинуты гипотезы: 1) о высоком уровне алекситимии и плохо сформированных навыках выражения и распознавания

эмоций у больных соматоформными расстройствами; 2) о высоком уровне перфекционизма и враждебности у больных депрессивными и тревожными расстройствами. На *интерперсональном уровне* были выдвинуты гипотезы о сужении социальной сети и низком уровне эмоциональной поддержки и социальной интеграции.

В соответствии с выдвинутыми гипотезами, блоки методик несколько отличались для больных соматоформными расстройствами от двух других клинических групп, для них также были подобраны разные контрольные группы с учетом различий социодемографических характеристик.

Депрессивные и тревожные больные были обследованы общим комплексом методик, кроме того, с целью верификации данных исследования семейного уровня, были обследованы две дополнительные группы: родители больных депрессивными и тревожными расстройствами, а также родители здоровых испытуемых.

В *таблице10* представлены обследованные группы и блоки методик в соответствии с уровнями исследования.

Таблица 10. **Обследованные группы и блоки методик в соответствии с уровнями исследования**

Группы Уровни	**Больные соматоформными р-вами, здоровые испытуемые** Всего 82 человека	**Больные депрессивными, тревожн. р-вами, здоровые испытуемые** Всего 247 человек	**Родители больных депрессивными, тревожн. р-вами, здоровых исп.** Всего 85 человек
Семейный	Опросник семейных эмоциональных коммуникаций(СЭК), шкала стрессогенных жизненных событий семейной истории, тест семейной системы FAST	Опросник СЭК, шкала стрессогенных жизненных событий семейной истории, метод экспертных оценок, интервью «Родительская критика и ожидания»	Опросники СЭК, ЗВЧ, враждебности, перфекционизма, интервью «Род. критика и ожидания» сочинение «Мой ребенок»
Личностный	Опросник ЗВЧ, шкала алекситимии, тест на распознавание эмоций, тест на эмоциональный словарь	Опросники запрета на выражение чувств (ЗВЧ), перфекционизма и враждебности	
Интерперсональный	Опросник социальной поддержки, Московский интегративный опросник социальной сети.	Опросник социальной поддержки, Московский интегративный опросник социальной сети, тест на тип привязанности	

Результаты исследования больных тревожными и депрессивными расстройствами выявили ряд дисфункций семейного, личностного и интерперсонального уровней.

Таблица 11. **Общие показатели дисфункций семейного, личностного и интерперсонального уровней у больных депрессивными и тревожными расстройствами (опросники)**

Группы / Опросники	Депрессивные N=97 M (SD)	Тревожные N =90 M (SD)	Здоровые N =60 M (SD)
Семейный уровень Семейные эмоциональные коммуникации (СЭК)	49,9** (9,5)	47,7** (10,7)	40,3 (7,3)
Личностный уровень			
Запрет на выражение чувств (ЗВЧ)	69,1*(18,6)	71,6*(21,6)	61,7 (23,7)
Опросник перфекционизма	66,8**(15,4)	62,8**(15,0)	47,7 (13,7)
Опросник враждебности	51,1*(13,2)	52,4*(13,8)	41,1 (12,3)
Интерперсональный уровень Опросник социальной поддержки	71,1*** (18,4)	76,2***(17,3)	91,0 (14,1)

*при p<0,05 (Критерий Манна-Уитни)
**при p<0,01 (Критерий Манна-Уитни)
***при p<0,001 (Критерий Манна-Уитни)

M – среднее значение
SD – стандартное отклонение

Как видно из таблицы, пациентов отличают от здоровых испытуемых более выраженные семейные коммуникативные дисфункции, более высокие показатели запрета на выражение чувств, перфекционизма и враждебности, а также более низкий уровень социальной поддержки.

Анализ отдельных показателей по подшкалам опросника СЭК показывает, что наибольшее число дисфункций имеет место в родительских семьях больных депрессивными расстройствами; от здоровых испытуемых их значимо отличают высокие показатели уровня родительской критики, индуцирования тревоги, элиминирования эмоций, значимости внешнего благополучия, индуцирования недоверия к людям, семейного перфекционизма. Тревожные пациенты значимо отличаются от здоровых испытуемых по трем подшкалам: родительской критики, индуцирования тревоги и недоверия к людям.

Обе группы значимо отличаются от группы здоровых испытуемых по показателям всех подшкал опросников перфекционизма и враждебности. Их

отличает склонность видеть других людей как злорадных, равнодушных и презирающих слабость, высокие стандарты деятельности, завышенные требования к себе и другим, страх несоответствия ожиданиям окружающих, фиксация на неудачах, поляризованное мышление по принципу «все или ничего».

Все показатели шкал опросника социальной поддержки отличаются у пациентов депрессивными и тревожными расстройствами от показателей здоровых испытуемых на высоком уровне значимости. Они испытывают глубокую неудовлетворенность своими социальными контактами, дефицит инструментальной и эмоциональной поддержки, доверительных связей с другими людьми, им не хватает чувства принадлежности к какой-либо референтной группе.

Корреляционный анализ показывает, что семейные, личностные и интерперсональные дисфункции связаны между собой и с показателями психопатологической симптоматики.

Таблица 12. **Значимые корреляционные связи общих показателей опросников, тестирующих дисфункции семейного, личностного, интерперсонального уровней и выраженность психопатологической симптоматики**

	Семейные эмоциональные коммуникаций	**Перфекционизм**	**Социальная поддержка**	**SCL-90-R Подшкала GSI**
Семейные Эмоциональные коммуникации	**1**	**0, 367 ****	**-0,322****	**0, 301****
Перфекционизм		**1**	**-0,462****	**0,444****
Социальная поддержка			**1**	**-0,497****
SCL-90-R Подшкала GSI				**1**

** - при p<0,01 (коэффициент корреляции Спирмена)

Как видно из таблицы, общие показатели семейных дисфункций, перфекционизма и индекс общей тяжести психопатологической симптоматики связаны между собой прямыми корреляционными связями на высоком уровне значимости. Общий показатель социальной поддержки имеет обратные корреляционные связи со всеми остальными опросниками, т.е. нарушенные отношения в родительской семье и высокий уровень перфекционизма связаны

со снижением способности устанавливать конструктивные и доверительные отношения с другими людьми.

Был проведен регрессионный анализ, который показал ($p<0,01$) влияние выраженности дисфункций родительской семьи на уровень перфекционизма, социальной поддержки и выраженность психопатологической симптоматики у взрослых. Полученная модель позволила объяснить 21% дисперсии зависимой переменной «общий показатель социальной поддержки» и 15% зависимой переменной «общий показатель перфекционизма», а также 7% дисперсии зависимой переменной «общий индекс тяжести психопатологической симптоматики». Из семейных дисфункций наиболее влиятельной оказалась независимая переменная «элиминирование эмоций».

Исследование факторов *семейного уровня* с помощью *структурированного интервью «Шкала стрессогенных событий семейной истории»* выявило значительное накопление стрессогенных жизненных событий в трех поколениях родственников больных депрессивными и тревожными расстройствами. Их родственники и значимо чаще, чем родственники здоровых переносили тяжелые болезни, жизненные лишения, в их семьях чаще имели место насилие в виде драк и жестокого обращения, случаи алкоголизации вплоть до семейных сценариев, когда пили, например, отец, брат и другие родственники. Сами больные чаще были свидетелями тяжелой болезни или смерти родственников, алкоголизации близких членов семьи, жестокого обращения и драк.

По данным *структурированных интервью «Родительская критика и ожидания»* (проводились как с пациентами, так и с их родителями) пациенты с депрессивными расстройствами чаще отмечают преобладание критики над похвалой со стороны матери (54%), в то время как большинство пациентов с тревожными - преобладание похвалы над критикой с ее стороны (52%). Большинство пациентов обеих групп оценили отца как критикующего (24 и 26%) или вовсе не участвующего в воспитании (по 44% в обеих группах). Пациенты с депрессивными расстройствами сталкивались с противоречивыми

требованиями и коммуникативными парадоксами со стороны матери (ругала за упрямство, а требовала инициативности, жесткости, напористости; утверждала, что много хвалит, а перечисляла, в основном, негативные характеристики); похвалу с ее стороны они могли заслужить за послушание, а пациенты с тревожными - за достижения. В целом, пациенты с тревожными расстройствами получали больше поддержки со стороны матери. Родителей пациентов обеих групп отличает от здоровых испытуемых более высокий уровень перфекционизма и враждебности. *По данным экспертных оценок* структуры семейной системы психотерапевтами в семьях пациентов обеих групп одинаково представлена разобщенность (33%); симбиотические отношения преобладали у тревожных (40%), но достаточно часто имели место и у депрессивных (30%). У трети семей обеих групп имели место хронические конфликты.

Исследование факторов *интерперсонального уровня* с помощью структурированного интервью *Московский интегративный опросник социальной сети* в обеих группах выявило сужение социальных связей - значимо меньшее число людей в социальной сети и ее ядре (основном источнике эмоциональной поддержки) по сравнению со здоровыми. *Тест на тип привязанности Хезена, Шейвера в интерперсональных отношениях* выявил преобладание тревожно-амбивалентной привязанности у депрессивных (47%), избегающей - у тревожных (55%), надежной - у здоровых (85%). Данные теста хорошо согласуются с данными исследования родительской семьи – разобщенность и коммуникативные парадоксы в родительских семьях депрессивных согласуются с постоянными сомнениями в искренности партнера (амбивалентная привязанность), симбиотические отношения у больных с тревожными расстройствами согласуются с выраженным желанием дистанцироваться от людей (избегающая привязанность).

Исследование группы больных *соматоформными расстройствами* также выявило ряд дисфункций семейного, личностного и интерперсонального уровней.

Таблица 13. **Общие показатели дисфункций семейного, личностного и интерперсонального уровней у больных соматоформными расстройствами (опросниковые методики)**

Группы Опросники	Соматоформные N=52 M (SD)	Здоровые N=30 M (SD)
Семейный уровень Семейные эмоциональные коммуникации (СЭК)	44,4*** (6,3)	38,9 (8,4)
Личностный уровень		
Запрет на выражение чувств (ЗВЧ)	66,4* (22,1)	61,7 (23,7)
Тест на эмоциональный словарь	6, 0***(2,4)	9,1 (2,8)
Тест на распознавание эмоций	57,6** (14.2)	69,0 (11,0)
Торонтская шкала алекситимии	75.4** (7,2)	65.0 (7,3)
Интерперсональный уровень		
Опросник социальной поддержки	80,6*** (15,6)	84,9 (25,7)

*при p<0,05 (Критерий Манна-Уитни)
**при p<0,01 (Критерий Манна-Уитни)
***при P<0,001 (Критерий Манна-Уитни)

M – среднее значение
SD – стандартное отклонение

Как видно из таблицы, больные соматоформными расстройствами по сравнению со здоровыми испытуемыми имеют более выраженные коммуникативные дисфункции в родительской семье, более высокие показатели запрета на выражение чувств, у них сужен эмоциональный словарь, снижена способность к распознаванию эмоций по мимике, выше уровень алекситимии и ниже уровень социальной поддержки.

Более детальный анализ отдельных подшкал опросников показывает, что у пациентов с соматоформными расстройствами по сравнению со здоровыми испытуемыми повышен уровень родительской критики, индуцирования негативных переживаний и недоверия к людям, снижены показатели эмоциональной поддержки и социальной интеграции. В то же время у них отмечается меньшее число дисфункций родительской семьи по сравнению с депрессивными пациентами, а показатели инструментальной поддержки значимо не отличаются от таковых у здоровых испытуемых, что свидетельствует об их способности получать достаточно технической помощи от окружающих, в отличие от пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами. Можно предположить, что характерные для этих пациентов разнообразные соматические симптомы служат важным поводом для ее получения.

Выявлены значимые корреляционные связи между рядом общих показателей опросников и шкалами соматизации и алекситимии, высокие значения которых отличают этих пациентов.

Таблица14. **Корреляции общих показателей опросников и тестов со шкалой соматизации опросника SCL-90-R и шкалой алекситимии Торонто**

	Шкала соматизации SCL-90-R	TAS Общий показатель
TAS	0.364**	1.000
SCL-90-R Шкала соматизации	1.000	0.364**
SCL-90-R общий индекс тяжести симптомов GSI	0.865**	0.359**
ЗВЧ	0.275*	0.275*
Эмоциональный словарь	-0.297*	-0.297*

* - при p<0,05 (коэффициент корреляции Спирмена)
** - при p<0,01 (коэффициент корреляции Спирмена)

Как видно из таблицы, показатель шкалы соматизации на высоком уровне значимости коррелирует с показателем алекситимии; оба эти показателя, в свою очередь, имеют прямые значимые связи с общим индексом тяжести психопатологической симптоматики и запретом на выражение чувств, а также обратную связь с богатством эмоционального словаря. Это означает, что соматизация, высокие значения которой отличают группу соматоформных от депрессивных и тревожных пациентов, связана со сниженной способностью к фокусированию на внутреннем мире, открытому выражению чувств и узким словарным запасом для выражения эмоций.

Исследование с помощью *структурированного интервью «Шкала стрессогенных событий семейной истории»* выявило накопление стрессогенных жизненных событий в трех поколениях родственников больных соматоформными расстройствами. В родительских семьях больных чаще по сравнению со здоровыми испытуемыми имели место ранние смерти, а также насилие в виде жестокого обращения и драк, кроме того, им чаще приходилось присутствовать при тяжелой болезни или смерти члена семьи. При исследовании соматоформных пациентов на семейном уровне использовался также *тест семейной системы FAST Геринга*. Структурные дисфункции в виде

коалиций и инверсии иерархии, а также хронические конфликты встречались в семьях пациентов достоверно чаще по сравнению со здоровыми испытуемыми.

Исследование с помощью *структурированного интервью «Московский Интегративный тест социальной сети»* выявило сужение социальной сети по сравнению со здоровыми испытуемыми и дефицит близких доверительных связей, источником которых служит ядро социальной сети.

Часть III посвящена описанию модели интегративной психотерапии, а также обсуждению некоторых организационных вопросов психотерапии и психопрофилактики расстройств аффективного спектра.

В первой главе на основе обобщения результатов эмпирического исследования популяционных и клинических групп, а также их соотнесения с имеющимися теоретическими моделями и эмпирическими данными, формулируются эмпирически и теоретически обоснованная системы мишеней интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра .

Таблица 15. **Многофакторная психо-социальная модель расстройств аффективного спектра как средство синтеза данных и выделения системы мишеней психотерапии**

Факторы-мишени / Традиции / Уровни Исследования	**Факторы депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств и мишени психотерапии**	**Традиции Психотерапии и клинической психологии**
Макросоциальный	**Социальные стрессы, социальное сиротство, патогенные культурные ценности (культ силы, сдержанности, успеха, совершенства)**	**Социальный психоанализ Исследования Д.Боулби и др.**
Семейный	**1. структура (симбиозы, разобщенность, коалиции, нарушения иерархии закрытые границы, слабая родительская подсистема, периферический отец) 2. микродинамика (высокий уровень критики, низкий уровень тепла и поддержки, противоречивые требования и коммуникации, двойная связь, высокий контроль) 3. макродинамика (накопление острых и хронических стрессов, семейные дисфункциональные сценарии) 4. идеология (культ успеха и внешнего благополучия, перфекционизм, недоверие к людям, запрет на открытое выражение чувств, подавление инициативы)**	**Теория привязанности Д.Боулби Системно ориентированная семейная Психодинамическая**

Личностный	**Перфекционистские стандарты, враждебная картина мира, запрет на выражение чувств, дефицит навыков эмоциональной саморегуляции**	**Когнитивно-бихевиоральная** **Экзистенциально-гуманистическая** **Психодинамическая** **Представления о рефлексии как основе саморегуляции (московская школа)**
Интерперсональный	**Узкие социальные связи, низкий уровень социальной интеграции, эмоциональной поддержки, ненадежная привязанность в отношениях с партнером**	**Социальный психоанализ, Теория отношений В.Н.Мясищева Интерперсональная психотерапия Г.Клермана, Психодинамическая групповая**

Во **второй главе** представлены этапы и задачи психотерапии расстройств аффективного спектра**.** Интегративная психотерапия депрессивных и тревожных расстройств начинается с этапа психодиагностики, на котором в опоре на многофакторную модель с помощью специально разработанных интервью и диагностических инструментов выявляются конкретные мишени работы и ресурсы для изменений. Выделяются группы пациентов, требующие различной тактики ведения. У пациентов с высоким уровнем перфекционизма и враждебности вначале должны быть проработаны эти контртерапевтические факторы, так как они препятствуют установлению рабочего альянса и могут стать причиной преждевременного ухода из психотерапии. С остальными пациентами работа разбивается на две большие ступени: 1) развитие навыков эмоциональной саморегуляции и формирование рефлексивной способности на основе техник когнитивной психотерапии А.Бека и представлений о рефлексивной регуляции в отечественной психологии; 2) работа с семейным контекстом и интерперсональными отношениями на основе техник психодинамической и системно ориентированной семейной психотерапии, а также представлений о рефлексии, как основе саморегуляции и активной жизненной позиции. Отдельно описана модель психотерапии для пациентов с выраженной соматизацией, в связи со специфическими задачами, для решения которых разработан оригинальный тренинг развития навыков эмоциональной психогигиены.

Таблица 16. **Концептуальная схема этапов интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра с выраженной соматизацией.**

Задачи / Этапы	КОГНИТИВНЫЕ	ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ
I СТУПЕНЬ	**РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ**	
1 этап Информационно-мотивирующий **Новообразования** Обретение смысла психологической работы, самоопределение – осознанный выбор позиции по отношению к болезни и лечению	1. Информирование о связи между эмоциями и физиологическими состояниями; общих «законах» эмоциональной жизни; последствиях нарушения эмоциональной психогигиены для психического и физического здоровья. 2. Проблематизация и презентация метода групповой психотерапии.	1. Создание атмосферы доверия и открытости. 2. Установление рабочего альянса.
2 этап Тренинг осознания и выражения чувств **Новообразования** Способность к фокусировке на внутреннем мире Средства символизации эмоционального опыта	1. Изменение негативной установки по отношению к эмоциям. 2. Осознание трудностей понимания собственной и чужой эмоциональной жизни: 3. Развитие навыков самонаблюдения и эмоционального самовыражения: 4. Развитие навыков дифференцировки отдельных эмоций в гамме чувств.	1. Создание атмосферы доверия и открытости. 2. Установление рабочего альянса. 3. Обучение обратной связи. 4. Диагностика способов сопротивления, реакций переноса и групповых тем.
3 этап Тренинг управления эмоциями **Новообразования** Рефлексивная способность к остановке, фиксации и объективации автоматических мыслей	1. Презентация когнитивного и психодинамического способов совладания: 2. Отработка навыков когнитивного совладания 3. Подготовка к работе с убеждениями	1. Маркировка сопротивления, реакций переноса и групповых тем. 2. Поощрение выражения и отреагирования негативных эмоций.
II СТУПЕНЬ	**РАБОТА С СЕМЕЙНЫМ КОНТЕКСТОМ И МЕЖЛИЧНОСТНЫМИ ОТНОШЕНИЯМИ**	
4 этап Рефлексивно-позиционный анализ **Новообразования** Способность анализировать собственную позицию, соотносить ее с позицией других, самоопределение – осознанный выбор позиции в группе, обретение опыта доверительных отношений	1. Формулировка убеждений, связанных с позицией в группе 2. Работа с мыслительными искажениями	1.Определение позиции каждого из участников 2.Сравнение собственной позиции с позициями других членов группы 3.Работа с сопротивлением, обсуждение «условной выгодности» болезни. 4. Анализ последствий позиции и связанных с ней убеждений для жизни и процесса психотерапии 5. Составление «копилок» индивидуальных и групповых проблем и тем 6. Смена позиции ведущих на более пассивную
5 этап Проработка семейного контекста **Новообразования** освобождение от накопленных негативных чувств, самоопределение – осознанный выбор позиции в жизни	Исследование источников убеждений и их более полная формулировка	1.Анализ семейного контекста (ролей, правил, норм) в трех поколениях. 2.Выявление родительского программирования (требований и ожиданий, семейных мифов и ценностей). 3.Выявление, отреагирование и проработка детского психотравмирующего опыта и реакций переноса
6 этап Анализ и проработка личных проблем и выявление ресурсов. **Новообразования** Новые средства решения проблем, активная позиция по отношению к ним, освобождение от власти прошлого	Выработка новых убеждений и отработка новых поведенческих стратегий и навыков	Установление отношений между актуальными проблемами и семейным контекстом

В соответствии с нормами неклассической науки в качестве одного из оснований интеграции подходов выступает представление о последовательности задач, решаемых в ходе терапии расстройств аффективного спектра и тех новообразованиях, которые являются необходимой базой для перехода от одной задачи к другой (Табл. 16).

Приводятся сведения об эффективности психотерапии по данным катамнеза. У 76% пациентов, прошедших курс интегративной психотерапии в комплексе с медикаментозным лечением, имеют место устойчивые ремиссии. Пациенты отмечают повышение стрессоустойчивости, улучшение семейных отношений и социального функционирования, причем большинство связывает этот эффект с прохождением курса психотерапии.

Особое внимание уделено организационным вопросам психотерапии и психопрофилактики расстройств аффективного спектра. Обсуждено место психотерапии в комплексном лечении расстройств аффективного спектра специалистами полипрофессиональной бригады, рассмотрены и обоснованы значительные возможности психотерапии в повышении комплаенса в медикаментозном лечении.

В последнем параграфе сформулированы задачи психопрофилактики расстройств аффективного спектра при работе с группами риска – детьми-сиротами и детьми из школ с повышенными учебными нагрузками. В качестве важных задач психопрофилактики расстройств аффективного спектра у детей-социальных сирот обосновывается необходимость их семейного жизнеустройства с последующим психологическим сопровождениям ребенка и семьи. Для успешной интеграции ребенка-сироты в новую семейную систему необходима профессиональная работа по подбору эффективной профессиональной семьи, работа с травматическим опытом ребенка в кровной семье, а также помощь новой семье в сложной структурной и динамической перестройке, связанной с приходом нового члена. Следует помнить, что отторжение ребенка и возвращение его в детский дом является тяжелой повторной травмой, повышает риск развития расстройств аффективного

спектра и может негативно сказаться на его способности развивать отношения привязанности в дальнейшем.

Для детей, обучающихся в учебных заведениях с повышенной нагрузкой в качестве задач психопрофилактики выступает психологическая работа в следующих направлениях: 1) с родителями – просветительская работа, разъяснение психологических факторов расстройств аффективного спектра, снижение перфекционистских стандартов, изменение требований к ребенку, более спокойное отношение к оценкам, освобождение времени на отдых и общение с другими детьми, использование похвалы вместо критики в качестве стимула; 2) с учителями – просветительская работа, разъяснение психологических факторов расстройств аффективного спектра, снижение конкурентной обстановки в классе, отказ от рейтингов и унизительных сравнений детей друг с другом, помощь в переживании неуспеха, позитивирование ошибок как неизбежного компонента деятельности при освоении нового, похвала при любом успехе у ребенка с симптомами эмоциональных нарушений, поощрение взаимопомощи и поддержки между детьми; 3) с детьми – просветительская работа, развитие навыков психогигиены эмоциональной жизни, культуры переживания неуспеха, более спокойное отношение к оценкам и ошибкам, способность к сотрудничеству, дружбе и помощи другим.

В **заключении** обсуждается проблема вклада психологических и социальных факторов в сложную многофакторную био-психо-социальную детерминацию расстройств аффективного спектра; рассматриваются перспективы дальнейших исследований, в частности, ставится задача изучения влияния выделенных психологических факторов на характер течения и процесс лечения расстройств аффективного спектра и их вклада в проблему резистентности.

ВЫВОДЫ

1. В различных традициях клинической психологии и психотерапии разработаны теоретические представления и накоплены эмпирические данные о факторах психической патологии, в том числе расстройств аффективного спектра, которые взаимно дополняют друг друга, что обусловливает необходимость синтеза знаний и тенденцию к их интеграции на современном этапе.

2. Методологическими основаниями синтеза знаний в современной психотерапии являются системный подход и представления о неклассических научных дисциплинах, которые предполагают организацию различных факторов в блоки и уровни, а также интеграцию знаний в опоре на практические задачи оказания психологической помощи. Эффективными средствами синтеза знаний о психологических факторах расстройств аффективного спектра являются *многофакторная психо-социальная модель расстройств аффективного спектра,* включающая макросоциальный, семейный, личностный и интерперсональный уровни *и четырех-аспектная модель семейной системы*, включающая структуру, микродинамику, макродинамику и идеологию.

3. На *макросоциальном уровне* в жизни современного человека существуют две разнонаправленные тенденции: рост стрессогенности жизни и нагрузок на эмоциональную сферу человека с одной стороны, дезадаптивные ценности в виде культа успеха, силы, благополучия и совершенства, затрудняющие переработку негативных эмоций – с другой. Эти тенденции находят выражение в ряде макросоциальных процессов, приводящих к значительной распространенности расстройств аффективного спектра и возникновению групп риска в общей популяции.

3.1. Волна социального сиротства на фоне алкоголизации и распада семей ведет к выраженным эмоциональным нарушениям у детей из неблагополучных семей и детей-социальных сирот, причем уровень нарушений выше у последних;

3.2. Рост числа образовательных учреждений с повышенными учебными нагрузками и перфекционистскими образовательными стандартами приводит к росту числа эмоциональных нарушений у учащихся (в этих учреждениях их частота выше, чем в обычных школах)

3.3. Пропагандируемые в средствах массовой информации перфекционистские стандарты внешнего вида (пониженный вес и специфические стандарты пропорций и форм тела) приводят к физическому перфекционизму и эмоциональным нарушениям у молодежи.

3.4. Полоролевые стереотипы эмоционального поведения в виде запрета на выражение астенических эмоций (тревоги и печали) у мужчин приводят к трудностям обращения за помощью и получения социальной поддержки, что может являться одной из причин вторичной алкоголизации и высоких показателей завершенных суицидов у лиц мужского пола.

4. Общие и специфические психологические факторы депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств можно систематизировать на основе многофакторной модели расстройств аффективного спектра и четырех-аспектной модели семейной системы.

4.1. *Семейный уровень.* 1) с*труктура*: для всех групп характерны дисфункции родительской подсистемы и периферическая позиция отца; для депрессивных - разобщенность, для тревожных – симбиотические отношения с матерью, для соматоформных – симбиотические отношения и коалиции; 2) *микродинамика:* для всех групп характерен высокий уровень конфликтов, родительской критики и других форм индуцирования негативных эмоций; для депрессивных - преобладание критики над похвалой со стороны обоих родителей и коммуникативные парадоксы со стороны матери, для тревожных - меньше критики и больше поддержки со стороны матери; для семей больных с соматоформными расстройствами - элиминирование эмоций; 3) *макродинамика:* для всех групп характерно накопление стрессогенных событий в семейной истории в виде тяжелых лишений в жизни родителей, алкоголизации и тяжелых заболеваний близких родственников, присутствия

при их болезни или смерти, жестокого обращения и драк; у больных соматоформными расстройствами к повышенной частоте этих событий добавляются ранние смерти родственников. 4) *идеология*: для всех групп характерна семейная ценность внешнего благополучия и враждебная картина мира, для депрессивных и тревожных – культ достижений и перфекционистские стандарты. Наиболее выраженные семейные дисфункции отмечаются у пациентов с депрессивными расстройствами.

4.2. *Личностный уровень*. У пациентов с расстройствами аффективного спектра отмечаются высокие показатели запрета на выражение чувств. Для больных соматоформными расстройствами характерен высокий уровень алекситимии, суженный эмоциональный словарь и трудности распознавания эмоций. Для больных тревожными и депрессивными расстройствами – высокий уровень перфекционизма и враждебности.

4.3. *Интерперсональный уровень*. Интерперсональные отношения пациентов с расстройствами аффективного спектра характеризуются сужением социальной сети, дефицитом близких доверительных связей, низким уровнем эмоциональной поддержки и социальной интеграции в виде отнесения себя к определенной референтной группе. У больных соматоформными расстройствами, в отличие от тревожных и депрессивных, не отмечается значимого снижения уровня инструментальной поддержки, наиболее низкие показатели социальной поддержки у больных депрессивными расстройствами.

4.4. Данные корреляционного и регрессионного анализа свидетельствуют о взаимном влиянии и системных взаимосвязях дисфункций семейного, личностного и интерперсонального уровней, а также выраженности психопатологической симптоматики, что свидетельствует о необходимости их комплексного учета в процессе психотерапии. Наиболее деструктивное влияние на интерперсональные отношения взрослых оказывает паттерн элиминирования эмоций в родительской семье в сочетании с индуцированием тревоги и недоверия к людям.

5. Апробированные зарубежные методики опросник социальной поддержки (F-SOZU-22 G.Sommer, T.Fydrich), тест семейной системы (FAST, T.Ghering) и разработанные оригинальные опросники «Семейные эмоциональные коммуникации» (СЭК), «Запрет на выражение чувств» (ЗВЧ), структурированные интервью «Шкала стрессогенных событий семейной истории», «Родительская критика и ожидание» (РКО) и «Московский интегративный опросник социальной сети» являются эффективными средствами диагностики дисфункций семейного, личностного и интерперсонального уровней, а также выявления мишеней психотерапии.

6. Задачи оказания психологической помощи больным с расстройствами аффективного спектра, обоснованные проведенными теоретическим анализом и эмпирическим исследованием, предполагают работу на разных уровнях – макросоциальном, семейном, личностном, интерперсональном. В соответствии со средствами, накопленными для решения этих задач в разных подходах, интеграция осуществляется в опоре на когнитивно-бихевиоральный и психодинамический подходы, а также ряд разработок отечественной психологии (концепций интериоризации, рефлексии, опосредствования) и системной семейной психотерапии. Основой интеграции когнитивно-бихевиорального и психодинамического подходов служит двухуровневая когнитивная модель, разработанная в когнитивной терапии А.Бека.

6.1. В соответствии с разными задачами выделяется *две ступени интегративной психотерапии: 1) развитие навыков эмоциональной саморегуляции; 2) работа с семейным контекстом и интерперсональными отношениями.* На первой ступени доминируют когнитивные задачи, на второй – динамические. Переход от одной ступени к другой предполагает развитие рефлексивной регуляции в виде способности к остановке, фиксации и объективации своих автоматических мыслей. Таким образом, формируется новая организация мышления, которая существенно облегчает и ускоряет работу на второй ступени.

6.2. В качестве задач *интегративной психотерапии и профилактики расстройств аффективного спектра* выступают: 1) на *макросоциальном уровне*: развенчание патогенных культуральных ценностей (культа сдержанности, успеха и совершенства); 2) на *личностном уровне*: развитие навыков эмоциональной саморегуляции через поэтапное формирование рефлексивной способности; трансформация дисфункциональных личностных установок и убеждений - враждебной картины мира, нереалистичных перфекционистских стандартов, запрета на выражение чувств; 3) на *семейном уровне*: проработка (осмысление и отреагирование) травматического жизненного опыта и событий семейной истории; работа с актуальными дисфункциями структуры, микродинамики, макродинамики и идеологии семейной системы; 4) на *интерперсональном уровне*: тренинг дефицитарных социальных навыков, развитие способности к близким доверительным отношениям, расширение интерперсональных связей.

6.3. Для соматоформных расстройств характерны фиксация на физиологических проявлениях эмоций, выраженное сужение эмоционального словаря и трудности осознания и вербализации чувств, что обусловливает *специфику интегративной психотерапии расстройств с выраженной соматизацией* в виде дополнительной задачи развития навыков психогигиены эмоциональной жизни.

6.4. Анализ катамнестических данных больных с расстройствами аффективного спектра доказывает эффективность разработанной модели интегративной психотерапии (значительное улучшение социального функционирования и отсутствие повторных обращений к врачу отмечается у 76% пациентов, прошедших курс интегративной психотерапии в комплексе с медикаментозным лечением).

7. К группам риска по возникновению расстройств аффективного спектра в детской популяции относятся дети из социально неблагополучных семей, дети-сироты и дети, обучающиеся в учреждениях образования с повышенной

учебной нагрузкой. Психопрофилактика в указанных группах предполагает решения ряда задач.

7.1. Для детей из неблагополучных семей - социальная и психологическая работа по реабилитации семьи и развитию навыков эмоциональной психогигиены.

7.2. Для детей-сирот - социальная и психологическая работа по организации семейного жизнеустройства при обязательном психологическом сопровождении семьи и ребенка с целью переработки его травматического опыта в кровной семье и успешной интеграции в новую семейную систему;

7.3. Для детей из учреждений образования с повышенной учебной нагрузкой – просветительская и консультативная работа с родителями, учителями и детьми, направленная на коррекцию перфекционистских убеждений, завышенных требований и конкурентных установок, высвобождение времени на общение и установление дружеских отношений поддержки и сотрудничества со сверстниками.

СПИСОК ОСНОВНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Саморегуляция в норме и патологии // Психологический журнал. – 1989. - №2. – с.121-132. (Соавт. Б.В.Зейгарник, Е.А.Мазур).**
2. **Психологические модели рефлексии в анализе и корректировке деятельности. Методические указания. – Новосибирск. – 1991. 36 с. (Соавт. И.С.Ладенко, С.Ю.Степанов).**
3. **Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками. Часть 1. Теоретико-экспериментальное обоснование подхода. // Московский психотерапевтический журнал. – 1994. - №2. – С.29-50. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**
4. **Эмоции и психическое здоровье в современной культуре // Тезисы первой всероссийской конференции Российского общества психологов - 1996. – С.81. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**
5. **Механизмы семейной эмоциональной коммуникации при тревожно-депрессивных расстройствах // Тезисы первой всероссийской конференции Российского общества психологов. - 1996. - С. 86.**
6. **Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками. Часть 2. Мишени, этапы и техники психотерапии неврозов с соматическими масками // Московский психотерапевтический журнал. - 1996. - №1. – С.59-73. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**
7. **Оказание психологической помощи детям и подросткам в условиях детской поликлиники. Основные принципы, направления. - .М.: Департамент здравоохранения Москвы, 1996. – 32 с. (Соавт. И.А.Лешкевич, И.П.Каткова, Л.П.Чичерин).**
8. **Образование и здоровье // Возможности реабилитации детей с умственными и физическими ограничениями средствами образования / Ред. В.И.Слободчиков. - М.: ИПИ РАО. - 1995. – С.288-296.**
9. **Принципы и навыки психогигиены эмоциональной жизни // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1996. - N 1. С. 48-56. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**
10. **Философско-методологические аспекты когнитивной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. - N3. С.7-28.**
11. **Соединение когнитивного и психодинамического подхода на примере психотерапии соматоформных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. - N3. - С.112-140. (Соавт. Н.Г.Гаранян)**

12. **Интегративная психотерапия тревожно-депрессивных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. - N3. – С. 141-163. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**

13. **Влияние механизмов эмоциональной коммуникации в семье на развитие и здоровье // Подходы к реабилитации детей с особенностями развития средствами образования / Под ред. В.И.Слободчикова. – М.: ИПИ РАО. – 1996. – С.148-153.**

14. **Integration of cognitive and psychodynamic approaches in the psychotherapy of somatoform disorders//Journal of Russian and East Europen Psychology, November-December, 1997, vol. 35, T6, p. 29-54. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**

15. **Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. - N 1. - С.94-102. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**

16. **Структура перфекционизма как личностного фактора депрессии // Материалы международной конференции психиатров. - Москва, 16-18 февраля. – 1998. - С.26. (Соавт. Н.Г.Гаранян, Т.Ю.Юдеева).**

17. **Применение саморегуляции при расстройствах аффективного спектра. Методические рекомендации № 97/151. – М: Министерство здравоохранения РФ. – 1998. – 22 с. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**

18. **Familiarer kontext bei Depression und Angstoerungen // European psychiatry, The Journal of the association of Euripean psychiatrrists, Standards of Psychiatry. – Copennhagen 20-24 September. – 1998. - p. 273. (Соавт. С.В.Воликова).**

19. **The integration of cognitive and dymanic approaches in the psychotherapy of emotional disorders // The Journal of the association of European psychiatrists, Standards of psychiatry. - Copenhagen, 20-24 September, 1998. - p. 272. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**

20. **Combined therapy for anxiety disorders // Conference “The Synthesis between psychopharmacology and psychotherapy”, Jerusalem, November 16-21. – 1997. - С.66. (Соавт. Н.Г.Гаранян, Т.В.Довженко).**

21. **Культура, эмоции и психическое здоровье//Вопросы психологии, 1999, N 2, с.61-74. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**

22. **Эмоциональные расстройства в современной культуре // Московский психотерапевтический журнал. – 1999. - N 2. - с.19-42. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**

23. **Здоровье и семья: модель анализа семьи как системы // Развитие и образование особенных детей / Под ред. В.И.Слободчикова. – М.: ИПИ РАО. – 1999. - с.49-54.**

24. **Vernupfung kognitiver und psychodynamisher komponenten in der Psychotherapie somatoformer Erkrankungen // Psychother Psychosom med Psychol. – 2000. – 51. – С.212-218. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**

25. **Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии. Учебное пособие / Под ред. А.М.Боковикова. М. – 2000. - С. 224-267. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**

26. **Соматизация: история понятия, культуральный и семейный аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Московский психотерапевтический журнал. - 2000. - N 2. - С. 5-36. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**

27. **Концепции соматизации: история и современное состояние // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. - N 4. - С. 81-97. (Соавт. Н.Г.Гаранян, Т.В.Довженко, С.В.Воликова, Г.А.Петрова, Т.Ю.Юдеева).**

28. **Эмоциональные коммуникации в семьях больных соматоформными расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. - №4. - С.5-9. (Соавт. С.В.Воликова).**

29. **Применение шкалы Derogatis (SCL-90) в психодиагностике соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. - С.10-15. (Соавт. Т.Ю.Юдеева, Г.А.Петрова, Т.В.Довженко).**

30. **Эффективность интегративной когнитивно-динамической модели расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. - №4. – С.45-50. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**

31. **Методологические аспекты современной психотерапии // XIII съезд психиатров России, 10-13 октября 2000 г. - Материалы съезда. - М. - 2000. -С.306.**

32. **Применение шкалы Derogatis в психодиагностике соматоформных расстройств // XIII съезд психиатров России, 10-13 октября 2000 г. Материалы съезда. – М.- 2000. - С. 309. (Соавт. Т.Ю.Юдеева, Г.А.Петрова, Т.В.Довженко).**

33. **Краткосрочная когнитивно-бихевиоральная психотерапия депрессий в первичной медицинской сети // XIII съезд психиатров России, 10-13 октября 2000 г. - Материалы съезда. – М. - 2000, - с.292. (Соавт. Н.Г.Гаранян, Г.А.Петрова, Т.Ю.Юдеева).**

34. **Особенности семей соматоформных больных // XIII съезд психиатров России, 10-13 октября, 2000 г. - Материалы съезда. - М. - 2000, - с.291. (Соавт. С.В.Воликова).**

35. **Методологические проблемы современной психотерапии // Вестник психоанализа. – 2000. – №2. - С.83-89.**

36. **Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники. Методические рекомендации № 2000/107. – М.: Министерство**

здравоохранения РФ. – 2000. – 20 с. (Соавт. В.Н.Краснов, Т.В.Довженко, А.Г.Салтыков, Д.Ю.Вельтищев, Н.Г.Гаранян).

37. Когнитивная психотерапия и перспективы ее развития в России // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. - N 4. С. 6-17.

38. Когнитивная психотерапия и отечественная психология мышления // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. - N 4. С.165-181.

39. Работа с убеждениями: основные принципы (по А.Беку) // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. - N4. – С.87-109.

40. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. - N4. -.С.18-48 (Соавт. Н.Г.Гаранян, Т.Ю.Юдеева).

41. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах (на примере тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств) // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. - N 4. С.49-60 (Соавт. С.В.Воликова).

42. Взаимодействие специалистов в комплексном лечении психических расстройств // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. - N 4. - С.144-153. (Соавт. Т.В.Довженко, Н.Г.Гаранян, С.В.Воликова, Г.А.Петрова, Т.Ю.Юдеева).

43. Семейный контекст соматоформных расстройств // Сб.: Семейные психотерапевты и семейные психологи: кто мы? Материалы международной конференции "Психология и психотерапия семьи". 14-16 декабря 1999 г. Санкт-Петербург / Под ред. Эйдемиллер Э.Г., Шапиро А.Б. - С-Пб. – Иматон. - 2001. - С.106-111. (Соавт. С.В.Воликова).

44. Отечественная психология мышления и когнитивная психотерапия // Клиническая психология. Материалы первой международной конференции памяти Б.В.Зейгарник. 12-13 октября, 2001. Сб. тез. / Отв. ред. А.Ш.Тхостов. - М.: Центр СМИ МГУ. – 2001. - С.279-282.

45. Проблема сиротства в России: социально-исторические и психологические аспекты // Семейная психология и психотерапия. - 2001. - №1. - С. 5-37. (Соавт. В.Н.Ослон).

46. Профессиональная семья как система // Семейная психология и психотерапия. – 2001. - №2. - С.7-39. (Соавт. В.Н.Ослон).

47. Замещающая профессиональная семья как одна из наиболее перспективных моделей решения проблемы сиротства в России // Вопросы психологии. – 2001. - №3. – С.64-77. (Соавт. В.Н.Ослон).

48. Психологическое сопровождение замещающей профессиональной семьи // Вопросы психологии. – 2001. - № 4. - С.39-52. (Соавт. В.Н.Ослон).

49. Применение шкалы Derogatis (SCL-90) в психодиагностике соматоформных расстройств // Социальные и психологические аспекты семьи. – Владивосток. – 2001 - С. 66-71. (Соавт. Т.Ю.Юдеева, Г.А.Петрова, Т.В.Довженко).

50. Депрессии – болезнь нашего времени // Клинико-организационное руководство по оказанию помощи больным депрессиями врачами первичного звена / Отв. ред. В.Н.Краснов. – Россия – США. – 2002. – С.61-84. (Соавт. Н.Г.Гаранян, Т.В.Довженко).

51. Био-психо-социальная модель как методологическая основа исследований психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. - N3. – С.97-114.

52. Взаимодействие специалистов бригады в комплексном лечении психических расстройств //. Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. - N4. - С.61-65. (Соавт. Т.В.Довженко, Н.Г.Гаранян, С.В.Воликова, Г.А.Петрова, Т.Ю.Юдеева).

53. Пути решения проблемы сиротства в России // Вопросы психологии (приложение). - М. – 2002. - 208 с. (Соавт. В.К.Зарецкий, М.О.Дубровская, В.Н.Ослон).

54. Научные основания и практические задачи семейной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. - № 1. – С.93-119.

55. Научные основания и практические задачи семейной психотерапии (продолжение) // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. - № 2. С. 65-86.

56. Принципы и навыки психогигиены эмоциональной жизни // Психология мотивации и эмоций. (Серия: Хрестоматия по психологии) / Под ред. Ю.Б.Гиппенрейтер и М.В.Фаликман. – М. – 2002. – С.548-556. (Соавт. Н.Г.Гаранян).

57. Концепция алекситимии (обзор зарубежных исследований) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. - N 1. - С.128-145. (Соавт. Н.Г.Гаранян).

58. Клиническая психология и психиатрия: соотношение предметов и общие методологические модели исследований // Психология: современные направления междисциплинарных исследований. Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корр. РАН А.В.Брушлинского, 8 сентября 2002 г. / Отв. ред. А.Л.Журавлев, Н.В.Тарабрина. - М.: изд-во Института психологии РАН. – 2003. С.80- 92.

59. **Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги // Психология: современные направления междисциплинарных исследований. Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корр. РАН А.В.Брушлинского, 8 сентября 2002 г. / Ред. А.Л.Журавлев, Н.В.Тарабрина. - М.: изд-во Института психологии РАН. – 2003.С.100-114. (Соавт. Н.Г.Гаранян, Т.Ю.Юдеева).**

60. **Социальная поддержка и психическое здоровье // Психология: современные направления междисциплинарных исследований. Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корр. РАН А.В.Брушлинского, 8 сентября 2002 г. / Отв. ред. А.Л.Журавлев, Н.В.Тарабрина. - М.: изд-во Института психологии РАН. – 2003. – С.139-163. (Соавт. Г.А.Петрова, Н.Г.Гаранян).**

61. **Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. - №2. – С.15-23. (Соавт. Г.А.Петрова, Н.Г.Гаранян).**

62. **Эмоциональные нарушения у больных с психосоматической патологией // Аффективные и шизоаффективные расстройства. Материалы Российской конференции. – М. – 1-3 октября 2003. - С.170 (Соавт. О.С.Ворон, Н.Г.Гаранян, И.П.Островский).**

63. **Роль психотерапии в комплексном лечении депрессий в первичной медицинской сети // Аффективные и шизоаффективные расстройства. Материалы Российской конференции. – М. – 1-3 октября 2003. -С.171. (Соавт. Н.Г.Гаранян, Т.В.Довженко, В.Н.Краснов).**

64. **Родительские репрезентации у больных депрессиями // Аффективные и шизоаффективные расстройства. Материалы Российской конференции. – М. – 1-3 октября 2003. - С.179 (Соавт. Е.В.Полкунова).**

65. **Семейные факторы расстройств аффективного спектра // // Аффективные и шизоаффективные расстройства. Материалы Российской конференции. – М. – 1-3 октября 2003. - С.183.**

66. **Семейный контекст расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. - №4. – с.11-20. (Соавт. С.В.Воликова).**

67. **Аффективные нарушения и личностные особенности у подростков с психосоматическими расстройствами // Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении / Под ред. Блохиной С.И., Глотовой Г.А. – Екатеринбург. – 2004. – С.330-341. (Соавт. А.Г.Литвинов).**

68. **Родительские репрезентации у больных депрессивными расстройствами / /Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении / Под ред. Блохиной С.И., Глотовой Г.А. – Екатеринбург. – 2004. – С.342-356. (Соавт. Е.В.Полкунова).**

69. **Нарциссизм, перфекционизм и депрессия // Московский психотерапевтический журнал – 2004. - №1. - С.18-35. (Соавт. Н.Г.Гаранян).**

70. **Значение клинической психологии для развития научно-обоснованной психотерапии // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. Материалы Российской конференции. – М. – 5-7 октября 2004. - С.175**

71. **Образы родителей у больных депрессиями // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. Материалы Российской конференции. – М. – 5-7 октября 2004. - С.159. (Соавт. Е.В.Полкунова).**

72. **Семейные факторы депрессии // Вопросы психологии – 2005 - № 6. – С.63-71 (Соавт. С.В.Воликова, Е.В.Полкунова).**

73. **Многофакторная психосоциальная модель как основа интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра // XIV съезд психиатров России. 15-18 ноября 2005 г. (Материалы съезда). – М. – 2005. – С.429.**

74. **Суицидальное поведение в студенческой популяции // XIV съезд психиатров России. 15-18 ноября 2005 г. (Материалы съезда). – М. – 2005. – С.396. (Соавт. С.Г.Дроздова).**

75. **Гендерные факторы депрессивных расстройств // XIV съезд психиатров России. 15-18 ноября 2005 г. (Материалы съезда). – М. – 2005. – С. 389. (Соавт. А.В.Бочкарева).**

76. **Проблема эффективности в современной психотерапии // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. Сб. тезисов конференции с международным участием 15-17 февраля 2006г. - Санкт-Петербург. – 2006. – С.65.**

77. **Особенности эмоционально-личностной сферы больных с терапевтически резистентными депрессиями // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. Сб. тезисов конференции с международным участием 15-17 февраля 2006г. - Санкт-Петербург. – 2006. - С.239. (Соавт.О.Д.Пуговкина).**

78. **Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. – М.: Юнеско. МГППУ. – 2006. 112 с. (Соавт.Н.Г.Гаранян).**

79. **Родительский перфекционизм - фактор развития эмоциональных нарушений у детей, обучающихся по усложненным программам. Вопросы психологии. – 2006. - №5. - С.23-31. (Соавт. С.В.Воликова, А.М.Галкина).**